STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 36853
18 juli
2016

Dbbc's, zzp's en extramurassle parameters forensische zorg

Vastgesteld op 14 juni 2016
REGELING NR/REG-1706

Ingevolge artikel 36, 37, 38, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de NZa regels op het gebied van de forensische zorg.

Inhoud

Leeswijzer

In Hoofdstuk 3 van deze nadere regel zijn de regels met betrekking tot de diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (dbbc's) weergegeven. In hoofdstuk 4 staan de bepalingen met betrekking tot de zorgzwaartepakketten (zzp's) genoemd. Meer uitgebreide informatie over het hele registratieproces (registreren-valideren-afleiden), voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel.

Vanaf 2017 zal voor nieuwe zorgtrajecten de diagnose geclassificeerd worden in DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt geconverteerd naar een bijbehorende DSM-IV diagnose. De registratie en bekostiging vindt nog conform DSM-IV plaats.

Er zijn in veel gevallen directe koppelingen naar teksten in de bijlagen opgenomen. Deze zijn te herkennen aan de onderstreepte tekst en er verschijnt een grijs blokje als de cursor op de tekst staat.

Tussen tekst en bijlage kan eenvoudig heen en weer worden geschakeld:

– ‘CTRL +muisklik’ voor doorschakelen naar de gekoppelde toelichting.
– ‘Alt + pijltjestoets’ (rechts/links) voor terugschakelen naar de oorspronkelijke tekst.

De bijlagen maken integraal onderdeel uit van deze nadere regel.

1 Inleiding

1.1 Reikwijdte

Deze nadere regel is van toepassing op zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van het Interimbesluit forensische zorg[1], die forensische zorg in strafrechtelijk kader, als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het Interimbesluit forensische zorg, verlenen.

1.2 Doel van de nadere regel

Het doel van deze nadere regel is het stellen van voorschriften voor de forensische zorg (fz) op het gebied van registratie, validatie, declaratie en informatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van dbbc’s, zzp’s, extramurale parameters fz en overige zorgproducten.

1.3 Begripsbepalingen

In deze nadere regel wordt verstaan onder:
a. *afwezigheidsdagen:* dagen waarop een patiënt die verblijft bij een instelling op basis van dbbc, zzp-c of zzp-vg afwezig is;
b. *AGB-code:* unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;
c. *algemeen indirecte tijd:* patiëntgebonden tijd, maar de tijd heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject;
d. *audit-trail:* zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van gegevens, door de medisch adviseur kan worden gevolgd en gecontroleerd;
e. *behandelaar dbbc:* behandelaar die op de beroepentabel voorkomt en activiteiten, verrichtingen en deelprestaties verblijf kan registreren. Een behandelaar kan tevens een hoofdbehandelaar zijn;
f. *dagbesteding:* het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt.
g. *dbbc:* diagnose-behandel-beveiligingscombinatie. Een dbbc omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een forensische zorgaanbieder tot en met de behandeling die hier uit volgt. De dbbc vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
h. *dbbc-dataset:* de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de nadere regel ‘Verplichte informatieverstrekking zorgaanbieders van forensische zorg’;
i. *dbbc-prestatiecode:* de twaalfcijferige code, die het afgesloten en gevalideerde dbbc-traject beschrijft;
j. *dbbc-tarief:* het bedrag dat voor een dbbc in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking prestaties in de forensische zorg;
k. *dbbc-traject:* de periode waarin alle activiteiten (openen, typeren, registreren en sluiten) in het kader van de behandeling van de patiënt worden uitgevoerd;
l. *declaratie:* de tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar overeengekomen wijze waarop de door de zorgaanbieder verrichte of te verrichten zorgprestatie bij de zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht.
m. *declaratiecode:* de zescijferige code waaraan het bedrag van het dbbc-tarief is gekoppeld;
n. *direct patiëntgebonden tijd:* de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt.
o. *extramurale parameters fz:* de extramurale parameters als opgenomen in de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven forensische zorg’ zijn de vastgestelde prestaties extramurale parameters fz.
p. *forensisch psychiatrisch toezicht (fpt):* een instrument om tbs-patiënten (terbeschikkingstelling) op een verantwoorde manier terug te laten keren in de samenleving. Tijdens de fasen transmuraal verlof, proefverlof of voorwaardelijke beëindiging verblijft de patiënt buiten het forensisch psychiatrisch

[1] Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010, nr. 875), laatstelijk gewijzigd met Besluit van 27 maart 2012 tot wijziging van het Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2012, nr. 134).

centrum (fpc) en wordt op afstand begeleid voor een goede terugkeer in de samenleving. Het toezicht tijdens deze fasen gebeurt in de vorm van de fpt, uitgevoerd door de reclassering;
q. *hoofdbehandelaar:* zorgverlener, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder (ii) die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij die patiënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid het dbbc-traject van die patiënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-5 kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt;
r. *hoofdgroepen:* DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in hoofdgroepen. Er zijn voor de fz in totaal 8 hoofdgroepen;
s. *indirect patiëntgebonden reistijd:* de tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt;
t. *indirect patiëntgebonden tijd:* de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd) in het kader van de diagnostiek of behandeling, maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelsessie. Puur administratieve taken (zoals het maken van een afspraak) vallen niet onder indirect patiëntgebonden tijd;
u. *initiële dbbc:* een dbbc die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële dbbc is altijd de eerste dbbc binnen een zorgtraject;
v. *minimale dataset (mds):* via de minimale dataset leveren zorgaanbieders gegevens uit de basisregistratie aan, die inzicht geven in de geleverde en gedeclareerde zorg. In de mds staan zowel data die verplicht moeten worden aangeleverd als ook data die optioneel kunnen worden aangeleverd. De mds wordt vastgesteld door de NZa;
w. *nevendiagnose:* als overige stoornissen zorgverzwarend werken kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnoses;
x. *niet-patiëntgebonden activiteiten:* activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;
y. *onderlinge dienstverlening:* fz als bedoeld in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg', die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';
z. *opeenvolgende zorgtrajecten:* er is sprake van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses in een opeenvolgend zorgtraject.
aa. *overige deelprestatie:* overige deelprestaties betreffen specifieke elementen van zorg die niet passen binnen de dbbc-productstructuur.
bb. *overige zorgproducten (ozp):* overige zorgproducten betreffen vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere dbbc-productstructuur. In de fz bestaat één overig zorgproduct: Toeslag evbg (extreem vlucht- en beheersgevaarlijk);
cc. *parallelle zorgtrajecten:* hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang waarbij een hoofdbehandelaar substantieel verschillende behandelingen in moet zetten.
dd. *patiëntgebonden activiteiten:* activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;
ee. *prestatiebeschrijving:* een prestatiebeschrijving is een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt. De prestatiebeschrijvingen van de dbbc's, zzp-c, zzp-vg, extramurale parameters fz en ozp's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg';
ff. *primaire diagnose:* de hoofdbehandelaar geeft per dbbc aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;
gg. *verblijfsdag dbbc:* hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de deelprestatie verblijf is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;
hh. *vervolg-dbbc:* een dbbc die volgt op een initiële dbbc of een voorgaande vervolg-dbbc. Een vervolg-dbbc heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële dbbc of vervolg-dbbc;
ii. *zorgaanbieder:* de rechtspersoon die een zorginstelling fz in stand houdt of een natuurlijke persoon die fz verleent, dan wel de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een zorginstelling fz vormen, en die krachtens een overeenkomst fz verlenen[2];
jj. *zorgtraject:* een zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. Een initiële dbbc met eventueel één of meerdere vervolg-dbbc's, vormen samen het zorgtraject.
kk. *zorgtype:* het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;

[2] Zie artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van het Interimbesluit forensische zorg.

ll. *zorgverzekeraar:* waar in deze nadere regel gesproken wordt over de zorgverzekeraar wordt de Divisie Forensische Zorg (DForZo), onderdeel van het ministerie van VenJ, bedoeld. In de fz is DForZo verantwoordelijk voor het inkopen van fz. Daarom wordt op grond van artikel 4 van het Interimbesluit forensische zorg DForZo gelijkgesteld aan een zorgverzekeraar;
mm. *zzp:* Een zorgzwaartepakket (zzp) is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg dat aansluit op de kenmerken van een patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. In de forensische zorg worden de zzp-c gehanteerd bij verblijf met begeleiding zonder behandeling. Daarnaast wordt de zzp-vg reeks gehanteerd voor zorg aan verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek.
nn. *zzp-declaratieperiode:* een periode van vier weken of een kalendermaand waarover de zorgaanbieders de geleverde zorg in het kader van de zzp-c of zzp-vg declareren, overeenkomstig de daartoe gemaakte afspraken met de zorgverzekeraar.

1.4 Opbouw nadere regel

In de fz bestaan de volgende typen zorgprestaties:
- diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (dbbc's)
- zorgzwaartepakketten (zzp's)
- extramurale parameters fz
- overige zorgproducten
- onderlinge dienstverlening

Deze nadere regel beschrijft welke voorschriften gelden voor de bovenstaande zorgprestaties. In hoofdstuk 2: Algemene bepalingen wordt de samenloop en afbakening tussen de verschillende typen prestaties in de fz beschreven. In daarop volgende hoofdstukken 3 en 4 staan de voorschriften die voor bovenstaande zorgprestaties gelden.

2 Algemene bepalingen

2.1 Onderscheid dbbc's, zzp's en extramurale parameters fz

De fz kent naast de dbbc-systematiek ook zzp's en extramurale parameters voor de forensische zorg (fz). Voor de afbakening tussen de dbbc's, zzp's en extramurale parameters fz geldt het volgende:
- Voor zorg in het kader van de behandeling van de patiënt (zowel met als zonder verblijf) geldt de dbbc-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (sglvg). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg met behandeling geïndiceerd is.
- De zzp's en extramurale parameters fz gelden voor alle doelgroepen bij de volgende zorgvormen:
- Verblijf met begeleiding zonder behandeling (zzp-c).
- Verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek (zzp-vg).
- Ambulante begeleiding (extramurale parameters fz).

Deze nadere regel is van toepassing op dbbc's, zzp's en extramurale parameters in de fz.

2.2 Samenloop dbbc en zzp

Een dbbc wordt gedeclareerd als er sprake is van zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van de cliënt. Zzp's en extramurale parameters worden gedeclareerd als er sprake is van begeleidingszorg.

Een zorgaanbieder kan tegelijkertijd een ambulante dbbc en zzp in rekening brengen voor één en dezelfde patiënt als er sprake is van een zzp in combinatie met ambulante dbbc behandelzorg.

2.3 Samenloop fz en gespecialiseerde ggz

Het is mogelijk om een dbc voor de gespecialiseerde ggz te declareren naast een dbbc voor fz. Voorwaarde is dat aan de afzonderlijke regelgeving voor dbc- en dbbc-registratie wordt voldaan. Ggz die geen onderdeel uitmaakt van het door de rechter opgelegde vonnis, komt ten laste van de Zvw als de patiënt op de openingsdatum van de dbc een geldige zorgverzekering heeft.

3 Diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (dbbc's)

3.1 Registratieproces

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de algemene registratiebepalingen, het openen, het

typeren, het registreren en het sluiten van een dbbc besproken.

Meer uitgebreide informatie over het hele proces (registreren-valideren-afleiden), voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel.

3.1.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de geleverde zorg in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de vastlegging van de daadwerkelijk verleende zorg in door de NZa vastgestelde activiteiten en voor de juistheid van het hele dbbc-traject.
3. Voordat er een dbbc geregistreerd kan worden moet er eerst een zorgtraject geopend worden. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt wordt geplaatst bij een zorgaanbieder. Het zorgtraject bestaat altijd uit één initiële dbbc en mogelijke vervolg-dbbc's.
4. Onder voorwaarden kunnen bij één zorgaanbieder maximaal drie zorgtrajecten per patiënt open staan. Dit kan als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet.

3.1.2 Openen

1. Het openen van een dbbc is een administratieve handeling. Iedereen kan onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar een initiële dbbc en een vervolg-dbbc openen.
2. De openingsdatum van een dbbc is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.
3. Er moet een initiële dbbc geopend worden als:
   – een nieuwe patiënt wordt aangemeld bij de zorgaanbieder;
   – een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt, ook als de strafrechtelijke titel gelijk blijft. Voor de toegestane parallelle zorgtrajecten zie 3.1.3 artikel 9;
   – van een bekende patiënt de strafrechtelijke titel verandert;
   – een bekende patiënt in zorg is in het kader van een voorgenomen indicatiestelling en een strafrechtelijke titel krijgt opgelegd.

   Voor meer informatie zie het onderdeel 3.1.2.3 Wanneer een initiële dbbc openen in bijlage I.
4. Heropenen (initiële of vervolg-) dbbc
   Als de patiënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de dbbc terugkomt in zorg voor dezelfde diagnose, moet – als dat mogelijk is in verband met de jaargrens- de voorafgaande dbbc heropend worden.
   Als de patiënt terugkomt in zorg en een nieuw plaatsingsnummer krijgt, wordt de dbbc niet heropend, maar wordt een nieuwe dbbc geopend.
5. Openen vervolg-dbc
   De regiebehandelaar opent een vervolg-dbc als:
   – een (initiële of vervolg-)dbc 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is;
   – een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 365 dagen na afsluiting van de voorgaande dbc. Echter, als een patiënt binnen 35 dagen terug komt met dezelfde diagnose, móet als de jaargrens dat mogelijk maakt de voorgaande dbc heropend worden.
   – als een zorgaanbieder de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder, nadat deze behandelaar een second opinion heeft uitgevoerd.
6. Voor vervolg dbbc's in verband met fpt geldt dat de voorgaande dbbc niet altijd 365 dagen open moet hebben gestaan:
   – Als een patiënt overgaat naar de fase proefverlof, moet de voorgaande dbbc gesloten worden en een vervolg-dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' worden geopend.
   – Als de patiënt tijdens het proefverlof in een time-out vervalt, moet de dbbc met zorgtype 'fpt proefverlof' gesloten worden en een vervolg-dbbc met het zorgtype 'tbs met proefverlof' geopend;
   – Als een patiënt overgaat naar de fase voorwaardelijke beëindiging, wordt de voorgaande dbbc gesloten en een vervolg-dbbc met het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend;
   – Als de patiënt tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging in een time-out terugvalt, moet de dbbc met zorgtype 'voorwaardelijke beëindiging' gesloten worden en een vervolg- met het zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr)' geopend.

Zie voor meer informatie het onderdeel 3.1.2.3. Heropenen in bijlage I.

3.1.3 Typeren

Het typeren van een dbbc bestaat uit het vastleggen van de volgende informatie:
– de identificatiegegevens van de patiënt

– het zorgtype
– de aard en mate van gevaar
– de aard van het delict
– de (primaire) diagnose van de patiënt

1. Uitsluitend de hoofdbehandelaar mag typeren. De dbbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

Onderdeel I – Vastleggen identificatiegegevens van de patiënt

2. De gegevens die de zorgaanbieder in ieder geval moet invullen staan vermeld in de minimale dataset. De volgende gegevens moeten in ieder geval vastgelegd worden[3]:
   – identificatie zorgaanbieder (AGB-code)
   – identificatie zorgverzekeraar (UZOVI-code)
   – strafrechtsketennummer (skn)
   – burgerservicenummer
   – naam cliënt
   – adres cliënt
   – geboortedatum
   – geslacht
   – postcode
   – landcode
   – circuit
   – startdatum dbbc
   – einddatum dbbc
   – startdatum strafrechtelijke titel
   – einddatum strafrechtelijke titel

Onderdeel II – Vastleggen van het zorgtype

3. De hoofdbehandelaar noteert het zorgtype dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Zie het onderdeel 3.1.3.3 Vastleggen zorgtype in bijlage I en Bijlage 2: Zorgtypen voor de wijze van vastleggen en een overzicht van alle zorgtypen.
4. Als er sprake is van een maatregel volgens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en deze wordt toegevoegd aan de strafrechtelijke titel, wijzigt hiermee niet het zorgtype. Als de strafrechtelijke titel afloopt terwijl de Bopz-maatregel blijft gelden, dan wordt de dbbc afgesloten en wordt een dbc volgens de GGZ-systematiek geopend.

Onderdeel III – Vastleggen van aard en mate van het gevaar

5. Het gevaar dat de patiënt vormt moet in drie categorieën getypeerd worden:
   – acuut fysiek gevaar
   – vluchtgevaar
   – recidivegevaar

   Zie onderdeel 3.1.3.5 Vastleggen aard en mate van gevaar in bijlage I voor nadere richtlijnen op dit punt.

Onderdeel IV – Vastleggen van de aard van het delict

6. De classificatie van de aard van het delict gebeurt aan de hand van tien clusters die zijn benoemd in het BooG[4]-instrument. Het is mogelijk meer dan één aard delict te registreren. Zie Bijlage 3: Vastleggen aard van delict voor een overzicht van de delict classificaties.

Onderdeel V – Classificeren en vastleggen van de diagnose van de patiënt

7. De hoofdbehandelaar voert de diagnoseclassificatie uit volgens DSM-5. Ten behoeve van de registratie en bekostiging moet de DSM-5 diagnose vertaald worden naar een DSM-IV-TR diagnose.
   De hoofdbehandelaar registreert de geclassificeerde DSM-5 diagnose en de diagnose van de patiënt volgens DSM-IV-TR. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen.

[3] De identificatiegegevens zijn gebaseerd op de nadere regel ‘verplichte aanlevering minimale dataset forensische zorg’. Hierin staat opgenomen welke informatie gepseudonimiseerd moet worden.

[4] Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens (BooG) ten behoeve van Forensisch Psychiatrisch Consulent, ministerie van Veiligheid en Justitie.

Zie voor uitgebreide toelichting 3.1.3.7 Vastleggen diagnose van de 3.1.3.7 Vastleggen diagnose van de patiënt in Bijlage I.

Registreren van primaire diagnose

8. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan worden aangegeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling. De primaire diagnose kan alleen uit een diagnose van As 1 of As 2 worden geselecteerd. Niet alle diagnoses op die assen kunnen gekozen worden als primaire diagnose:
   – code '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' kan niet de primaire diagnose zijn.
   – code 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' kan niet de primaire diagnose zijn.
   – Er geldt hierop een uitzondering als er bij een diagnose op As 2 'trekken van ..' wordt gescoord. In dat geval kan deze wel dienen als primaire diagnose.
   – de code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

   Zie ook het onderdeel 3.1.3.8 Registreren primaire diagnose in Bijlage I.

Meerdere (primaire) diagnoses

9. Er kan sprake zijn van meerdere (primaire) diagnoses. Dit kan leiden tot parallelle of seriële zorgtrajecten.
   a. Parallelle zorgtrajecten
      Voorwaarde hiervoor is dat de verschillende diagnoses apart benoemd worden in de tabel met mogelijke parallelle hoofdgroepen fz, zie hiervoor de 3.1.3.9 Omgaan met meerdere primaire diagnoses in Bijlage I. Ook moet te verantwoorden zijn dat gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen worden ingezet.
      In het geval van een fpt en een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject is het niet noodzakelijk dat de primaire diagnose van beide zorgtrajecten verschilt.
      Bij ambulante behandeling tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging, gelijktijdig met het fpt of een time-out, geldt dat een apart zorgtraject geopend moet worden waarop de ambulante behandeling moet worden geregistreerd. De ambulante behandeling moet worden geregistreerd op een dbbc met het zorgtype 'tbs met proefverlof' of zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.
      Voor behandeling met elektroconvulsie therapie (ect) geldt een uitzondering op de genoemde voorwaarden voor parallelle trajecten. Als er sprake is van een behandeling in combinatie met ect, is het toegestaan om twee zorgtrajecten met dezelfde diagnosehoofdgroep (zoals opgenomen in tabel 6) te declareren. Voorwaarde hierbij is dat de zorgtrajecten worden uitgevoerd door twee verschillende zorgaanbieders.
      Daarnaast blijft het mogelijk om behandeling in combinatie met ect te leveren en declareren via onderlinge dienstverlening.

b. Seriële zorgtrajecten
   Hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn waarvan één het meest dringend is (comorbiditeit) en het eerst behandeld wordt. De voorwaarde voor opeenvolgende dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

Meer gedetailleerde richtlijnen staan in het onderdeel 3.1.3.9 Omgaan met meerdere primaire diagnoses in bijlage I.

3.1.4 Registreren

Zodra een dbbc geopend is kunnen activiteiten op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. De codelijst die hiervoor gebruikt moet worden is te vinden in Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen. Daarin staan ook de definities van de activiteiten en verrichtingen. Voor meer informatie zie ook het onderdeel 3.1.4 Registreren in Bijlage I.

1. Iedere dbbc moet directe tijd van een hoofdbehandelaar bevatten.
2. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in de dbbc-beroepentabel kunnen op een dbbc registreren (Bijlage 5: Dbbc-beroepentabel).
3. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum geldig zijn, zoals vermeld in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Daarnaast moeten behandelaren aangeven of het om direct of indirect patiëntgebonden (reis-)tijd gaat. In de activiteiten-en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden. Niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals scholing, het lezen van vakliteratuur, algemene vergaderingen en intervisiebijeenkomsten, mag de hoofdbehandelaar niet op een dbbc registreren.

4. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd in het kader van diagnostiek of behandeling, registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten mag de (hoofd)behandelaar niet op een dbbc registreren.
5. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Als de patiënt niet verschijnt (no-show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren. De tijd van het ingepland contact mag in geval van een no-show niet worden geregistreerd. Er mag géén reistijd geregistreerd worden als er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (AGB-code).
6. Wanneer de behandelaar in het kader van diagnostiek of behandeling van de patiënt tijd besteedt aan het 'systeem van de patiënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten), moet hij deze tijd registreren op de dbbc van de betreffende patiënt.
7. De behandelaar verdeelt, ingeval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.
8. Als een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere patiënten tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemende patiënten. Het maakt daarbij niet uit op grond van welke bekostiging (fz, Zvw, Wlz, Jeugdwet, etc.) de behandelingen worden gefinancierd.
9. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden[5] per activiteit vast te stellen
10. In geval van onderlinge dienstverlening registreert de opdracht gevende zorgaanbieder de activiteiten die de opdrachtnemende zorgaanbieder heeft uitgevoerd als onderdeel van de behandeling van de opdrachtgever, op de bestaande dbbc. De registratievereisten uit deze nadere regel zijn voor de opdracht gevende zorgaanbieder onverkort van toepassing op activiteiten in het kader van onderlinge dienstverlening. De opdrachtgever betaalt de opdrachtnemer buiten de dbbc-systematiek om. Als een zorgaanbieder een deel van de zorg uitbesteedt voor een patiënt met een lopend zorgtraject, blijft de opdrachtgevende zorgaanbieder verantwoordelijk voor de verlening en declaratie van deze zorg.
    Zie ook het onderdeel 3.1.4.10 Onderlinge dienstverlening in Bijlage I.

Categorie I – Diagnostiek en behandeling

11. Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in Bijlage 5: Dbbc-beroepentabel kunnen op de dbbc diagnostiek en behandeling registreren.
    – In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen, hun tijd registreren op basis van Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen, onder de activiteit die het beste past bij de behandeling;
    – Als behandelaren nog in vervolgopleiding zijn registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond (als dat beroep voorkomt in de beroepentabel). Er mag niet geregistreerd worden op een beroep waarvoor iemand nog in opleiding is;
    – Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd tijdens het verblijf van een patiënt niet, omdat deze tijd versleuteld zit in het tarief voor verblijf.

Categorie II – Dagbesteding

12. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, kan binnen de dbbc dagbesteding registreren.
13. Er zijn vijf vormen van dagbesteding te onderscheiden. Deze staan beschreven in het onderdeel 3.1.4.12 Wat registreren bij dagbesteding in bijlage I. Zie voor de te gebruiken codes (Bijlage 4: Activiteiten en verrichtingen).
14. Er zijn voor elk type dagbesteding twee activiteitencodes beschikbaar: één als het een laag beveiligingsniveau betreft, en één voor midden, hoog en zeer hoog beveiligingsniveau.
15. Er geldt een aantal voorwaarden voor het registreren van dagbesteding:
    – Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling;
    – Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan;
    – De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.
16. Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.
17. Onder dagbesteding wordt niet verstaan:
    – reguliere dag structurering in de woon-verblijfssituatie;
    – welzijnsactiviteiten, zoals zang, bingo en uitstapjes.
18. Dagbesteding wordt geregistreerd in uren en mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen.

[5] De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updaten hiervan.

Voor een nadere toelichting zie het onderdeel 3.1.4.11–3.1.4.17 Dagbesteding registreren in bijlage I.

Categorie III – Verblijf

Er wordt binnen de dbbc-systematiek onderscheid gemaakt tussen het registreren van behandelactiviteiten en van verblijf. Bij de registratie van een deelprestatie verblijf gaat het om een 'kale verblijfsdag'. Verblijf wordt geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid door middel van een deelprestatie verblijf.

19. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag deelprestaties verblijf registreren.
20. De aanbieder moet in het behandeldossier vastleggen welke keuzes er gemaakt zijn rondom het inschalen van de patiënt op één van de prestaties van verblijf, rondom het al dan niet afschalen van de patiënt bij een gewijzigde zorgvraag, rondom het al dan met verlof gaan en rondom het al dan niet beëindigen van het verblijf van de patiënt.
21. Een verblijfsdag kan alleen geregistreerd worden als een patiënt de dag en de daaropvolgende nacht aanwezig is geweest in de instelling. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. Alleen als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft, mag voor die dag nog een verblijfsdag worden geregistreerd. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt en dus niet de daaropvolgende nacht in de kliniek verblijft, geldt niet als verblijfsdag. Bij iedere verblijfsdag wordt de bijbehorende nhc-prestatie geregistreerd voor de kapitaallasten bij verblijf.
22. Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de beveiligingsniveaus.

Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt wordt bepaald wat de vereiste intensiteit (A t/m G) en beveiligingsniveau (1 t/m 4) van de deelprestatie verblijf is. Dit resulteert in één van de 28 deelprestaties verblijf die het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.
Zie ook Bijlage 7: Deelprestaties verblijf en Bijlage 8: Dbbc-beveiligingsniveaus.

23. In de volgende gevallen mogen de dagen dat de patiënt niet aanwezig is, geregistreerd worden als een deelprestatie verblijf:
    - ziekenhuisopname
    - onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof
    - time-out tbs-gestelde
    - kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit ggz naar penitentiaire inrichting (pi)
    - no-show klinisch
    - onttrekking
24. Als er sprake is van 'fpt-proefverlof' en 'fpt-voorwaardelijke beëindiging' geldt het volgende:
    - Als de patiënt buiten het fpc verblijft en er geen sprake is van een time-out, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden door de fpc.
    - Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out, mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden. Tijdens de fase proefverlof gebeurt dat op een nieuw te openen dbbc 'tbs met proefverlof' en tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging op een nieuw te openen dbbc met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.
25. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum hebben. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de dbbc het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code en datum te registreren.

Voor meer informatie zie onderdelen 3.1.4.18–3.1.4.23 Verblijf registreren in bijlage I en Bijlage 7: Deelprestaties verblijf.

Categorie IV – Overige deelprestaties

Binnen de zorgcategorie overige deelprestaties wordt een onderscheid gemaakt tussen elektroconvulsie therapie (ect), ambulante methadon verstrekking (amv), forensisch psychiatrisch toezicht (fpt) en dagbesteding.

26. De overige deelprestaties ect, amv en fpt mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in de dbbc-beroepentabel.
27. Bij ect moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ect registreren. Voor de exacte wijze van registreren van ect zie 3.1.4.25 Elektroconvulsietherapie in Bijlage I.
28. Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand registreren. Voor de exacte wijze van registreren van amv zie 3.1.4.26 Ambulante verstrekking in Bijlage I.
29. Op een vervolg-dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' en 'fpt voorwaardelijke beëindiging' mogen activiteiten geregistreerd worden die in verband staan met de begeleiding tijdens het fpt.

De behandelaar moet steeds twee zaken registreren: de verrichting fpt (per dag) én de activiteiten en verrichtingen in het kader van fpt.
Als er tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging een time-out optreedt, mogen geen verrichtingen fpt geregistreerd worden.

Voor meer informatie over de registratie vereisten van de overige deelprestaties zie onderdeel 3.1.4.24–3.1.4.27 Overige deelprestaties in bijlage I.

3.1.5 Sluiten

1. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de dbbc. De hoofdbehandelaar (of diegene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) controleert daarbij de volgende punten:
   – de dbbc is ingevuld conform deze nadere regel
   – de dbbc bevat de juiste informatie
   – de typering is juist en volledig ingevuld
   – de diagnose is juist ingevuld[6]
   – de GAF-score is ingevuld
2. Als één of meer van bovenstaande punten niet of niet juist is ingevoerd, mag de dbbc niet worden afgesloten.
3. Er zijn verschillende redenen waarom een dbbc gesloten moet worden, met bijbehorende code voor de sluitreden. Zie het onderdeel 3.1.5.3 Afsluitredenen in bijlage I.

3.2 Bepalingen validatie

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om dbbc-registratie op juistheid te controleren.
2. De zorgaanbieder neemt voor de dbbc-registratie en declaratie van dbbc's in hun registratie- en declaratiesoftware en validatiemodule op. Het document 'Toelichting validatieregels fz ' bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document maakt integraal deel uit van deze nadere regel en is te downloaden van de website van de NZa (www.nza.nl). De validatiemodule moet zodanig zijn ingericht dat alleen dbbc's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze nadere regel
3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als instrument om de betrouwbaarheid van dbbc's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie gebeurt op basis van gegevens in bronbestanden.

3.3 Declaratiebepalingen

Deze nadere regel stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de fz.

Te declareren dbbc-tarief

1. Voor het leveren van zorg aan een patiënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend dbbc-tarief declareren als voldaan is aan de volgende voorwaarden:
   – Het gehele dbbc-traject is afgesloten overeenkomstig deze nadere regel.
   – De stappen die het dbbc-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren zijn volledig doorlopen.
   – De hierboven genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.
   – De dbbc bevat altijd directe tijd, met uitzondering van de dbbc met zorgtype forensisch psychiatrisch toezicht (fpt).
   – het aantal geleverde minuten direct patiëntgebonden tijd is geregistreerd op een zodanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar en de NZa mogelijk is.
2. Het dbbc-tarief kan in rekening worden gebracht voor alle dbbc's die zijn afgesloten en zijn gevalideerd door de zorgaanbieder door middel van een validatiemodule. Het dbbc-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op het moment van openen van de dbbc.
3. Het dbbc-tarief wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Om voor bekostiging in aanmerking te komen moet sprake zijn van een fz-titel en een plaatsingsbesluit dat ten grondslag ligt aan de toekenning van fz. In geval van misdrijven tegen de veiligheid van de Staat, conform artikel 96 van het Wetboek van Strafrecht, is geen sprake van een indicatiestelling fz. Dan volstaat een Bevel

[6] Als er op een dbbc alleen pré-intake/intake/diagnostiek en/of crisisopvang is geregistreerd, kan de dbbc gesloten worden zonder weergave van een diagnoseclassificatie.

Observatie getekend door de Rechter-commissaris als bekostigingsgrondslag.

Overige zorgproducten

4. De overige zorgproducten hebben geen directe relatie met het dbbc-traject van een patiënt. De integrale tarieven voor de overige zorgproducten kunnen afzonderlijk gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. De fz kent één overig zorgproduct, de Toeslag evbg (extreem vlucht- en beheers-gevaarlijk).

Voor meer informatie over ozp's wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg'.

Onderlinge dienstverlening dbbc

5. Als er sprake is van onderlinge dienstverlening kan de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor alleen in rekening brengen aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen dbbc gedeclareerd worden.
   Het is niet toegestaan om voor onderlinge dienstverlening in het kader van een dbbc, prestaties en tarieven ten aanzien van een zzp of extramurale parameters in rekening te brengen. Voor meer informatie over onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar de beleidsregel 'prestaties en tarieven forensische zorg'.

3.4 Informatiebepalingen

Elke factuur moet in ieder geval de volgende gegevens bevatten als onderdeel van de prestatiebeschrijving:

1. Dbbc-traject startdatum
   Bij initiële dbbc's is dit de datum waarop het eerste (direct of indirect) patiëntgebonden contact plaatsvindt. Bij vervolg dbbc's is dit de startdatum van de vervolg dbbc.
2. Dbbc-traject einddatum
   Het dbbc-traject eindigt zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd of wanneer de forensische zorgtitel is afgelopen.
3. Strafrechtelijke titel
   De forensische zorgtitel (strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek).
4. Startdatum strafrechtelijke titel
   De datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek start, die ten grondslag ligt aan de geleverde fz.
5. Einddatum strafrechtelijke titel
   De werkelijke datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek, die ten grondslag ligt aan de geleverde fz, is/wordt beëindigd. Deze datum moet worden opgenomen als de datum bekend is. De datum kan in de toekomst liggen.
6. Dbbc-declaratiecode
   De declaratiecode is de 6 cijferige code die gekoppeld is aan de productgroepen voor behandeling en de verblijfssoorten. Aan de declaratiecode is het tarief gekoppeld. Het betreffende tarief staat in een tariefbeschikking.
7. Gedeclareerde tarief
   Op de factuur wordt het afgesproken dbbc-tarief vermeld.
8. AGB-code
   Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – als dat van toepassing is de AGB zorgverlenerscode.
9. Dbbc-prestatiecode
   De specificatie van het geleverde zorgproduct. De dbbc-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde dbbc-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier 3-cijferige dbbc-componenten en in onderstaande volgorde:
   – zorgtype
   – diagnoseclassificatie
   – verblijf (altijd 000 omdat de deelprestaties verblijf apart vermeld worden)
   – productgroep voor behandeling van de dbbc-dataset
10. Strafrechtketennummer (skn)
    Het strafrechtketennummer is van belang voor de betrouwbare vaststelling van de identiteit van verdachten en veroordeelden in de strafrechtketen. Het SKN wordt door zorgaanbieders bij de facturatie van fz bij de zorgverzekeraar gemeld. Zo kan de zorgverzekeraar controleren in hoeverre de zorg rechtmatig verleend is. De zorgaanbieder ontvangt het skn van de indicerende/verwijzende organisatie.
11. Plaatsingsbesluitnummer

Het plaatsingsbesluitnummer is een uniek nummer dat aan het plaatsingsbesluit gekoppeld is. Dit nummer krijgt de zorgaanbieder van de plaatsende instantie. Het nummer is van belang om voor het ministerie van VenJ de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te krijgen. Met het plaatsingsbesluitnummer kan het ministerie nagaan of de zorgaanbieder een verzoek tot zorg heeft ontvangen/gekregen.

12. Verblijfssoorten
De verblijfssoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. Er zijn 7 verschillende verblijfsintensiteiten (A t/m G) en 4 beveiligingsniveaus (1 t/m 4). De verblijfssoorten worden per dag afgerekend en in combinatie met de productgroep voor behandeling afgerekend. Op de factuur wordt per type verblijfssoort het aantal dagen voor de betreffende verblijfssoort vermeld.
13. Overige deelprestaties
De volgende deelprestaties worden onderscheiden:
   - elektroconvulsietherapie (ect)
   - ambulante methadon verstrekking (amv)
   - forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)
   - dagbesteding

4 Zzp's en extramurale parameters fz

In dit hoofdstuk worden de registratie- en declaratiebepalingen van zzp's en extramurale parameters fz in de fz beschreven. Deze prestaties gelden voor verblijf met begeleiding (zzp-C), fz aan verstandelijk beperkten (zzp-VG) en ambulante begeleiding (extramurale parameters fz).

Met prestaties wordt in dit hoofdstuk bedoeld:
- zzp-c 1 t/m 6, inclusief of exclusief dagbesteding
- zzp-vg 1 t/m 7; inclusief of exclusief dagbesteding
- extramurale parameters fz
- onderlinge dienstverlening

4.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de prestaties en toeslagen in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. Als sprake is van extramurale parameters fz gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Voor zover de zorgverzekeraar en zorgaanbieders geen bestendige gedragslijn hebben over de afronding van de geleverde prestatie, wordt de zorg afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.
3. De registratie van prestaties en toeslagen eindigt wanneer de patiënt niet langer verblijft in de instelling.
4. In uitzondering op artikel 4.1.3 geldt dat de zorgaanbieder, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt het zzp mag blijven registreren dat ook geregistreerd wordt bij aanwezigheid. Voor registratie van afwezigheid geldt een maximum van 49 dagen per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek van de instelling. In het geval van een ziekenhuisopname geldt een maximum van 7 dagen.
5. Er kunnen niet meerdere zzp's voor één patiënt voor dezelfde datum worden geregistreerd.
6. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren. Daarbij declareert de zorgaanbieder per verblijfsdag de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) die horen bij de geleverde verblijfsprestatie.

4.2 Declaratiebepalingen

1. De zorgaanbieder declareert in geval van een zzp de prestatie met het profiel dat overeenkomt met het profiel van de patiënt zoals beschreven in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg'. De declaratie vindt plaats op patiëntniveau.
2. De declaratieperiode voor de prestaties is een kalendermaand. Wanneer er een verandering in de zorgvraag van de patiënt optreedt, kan een andere (hoger of lager) zzp worden gedeclareerd.
3. De declaratie bestaat uit het aan de patiënt geleverde aantal zzp dagen en eventuele toeslagen binnen de declaratieperiode, met inbegrip van het gestelde in 4.2.3.
4. Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover deze daadwerkelijk zijn geleverd. Voor cliënten die zijn aangewezen op VG zzp 1 t/m 7 of ggz zzp C 1t/m 6 geldt de volgende uitzondering in geval van afwezigheid. Gedurende tijdelijke afwezigheid van een cliënt declareert de zorgaanbieder tegen het afgesproken tarief dat tevens gedeclareerd wordt bij aanwezigheid in de instelling.

Onderlinge dienstverlening zzp's en extramurale parameters fz

5. Als er sprake is van onderlinge dienstverlening kan de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerende zorgaanbieder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen zzp en ook geen extramurale prestatie gedeclareerd worden. Het is niet toegestaan om voor onderlinge dienstverlening in het kader van een zzp, prestaties en tarieven ten aanzien van een extramurale parameter of dbbc-zorg in rekening te brengen. Dit geldt ook andersom voor de dbbc's of extramurale parameters.

Voor meer informatie over onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven forensische zorg'.

4.3 Informatiebepalingen

Elke factuur moet in ieder geval onderstaande gegevens bevatten als onderdeel van de factuur voor zzp's en extramurale parameters fz.

Strafrechtelijke titel

1. De forensische zorgtitel (strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek).

Startdatum strafrechtelijke titel

2. De datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek start, die ten grondslag ligt aan de geleverde fz.

Einddatum strafrechtelijke titel

3. De werkelijke datum waarop de strafrechtelijke titel, voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek, die ten grondslag ligt aan de geleverde fz, is/wordt beëindigd. Deze datum moet worden opgenomen als de datum bekend is. De datum kan in de toekomst liggen.

Gedeclareerde tarief

4. Op de factuur wordt het afgesproken tarief vermeld.

AGB-code

5. Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – als dat van toepassing is- AGB zorgverlenerscode.

Zzp-code en/of code voor extramurale parameters

6. De specificatie van de geleverde zorgprestatie. Het gaat hier om de in rekening te brengen zzp's ggz. Het moet duidelijk zijn welk(e) zzp's ggz gedeclareerd (prestatiecode) worden en in welk aantal.

Prestatiecode

7. De specificatie van de geleverde zzp of extramurale parameter fz. Op basis van de prestatiecode is duidelijk welk(e) zzp's gedeclareerd worden. Zzp-c heeft geen aparte prestatiecode in de tariefbeschikking. Zzp-vg wel, eveneens voor nhc.

Nhc-code

8. Op basis van de deelprestatie voor verblijf in de dbbc-systematiek is een component voor de normatieve huisvestingscomponent (nhc) van toepassing.

Strafrechtketennummer (skn)

9. Het strafrechtketennummer is van belang voor de betrouwbare vaststelling van de identiteit van verdachten en veroordeelden in de strafrechtketen. Het skn wordt bij de facturatie van fz gemeld door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraar. Zo kan de zorgverzekeraar controleren in hoeverre de zorg rechtmatig verleend is. De zorgaanbieder ontvangt het skn van de indicerende/verwijzende organisatie.

Plaatsingsbesluitnummer

10. Het plaatsingsbesluitnummer is een uniek nummer dat aan het plaatsingsbesluit gekoppeld is. Dit nummer krijgt de zorgaanbieder van de plaatsende instantie. Het nummer is van belang om voor het ministerie van VenJ de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te krijgen. Met het plaatsingsbesluitnummer kan het ministerie nagaan of de zorgaanbieder een verzoek tot zorg heeft ontvangen/gekregen.

5 Intrekking oude regeling(en)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze nadere regel wordt de regeling ‘Dbbc’s, zzp’s en extramurale parameters forensische zorg’, met kenmerk NR/FZ-0015, ingetrokken.

6 Overgangsbepaling

De nadere regel ‘Dbbc’s, zzp’s en extramurale parameters forensische zorg’, met kenmerk NR/FZ-0015, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die nadere regel vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die nadere regel geldig was. Dit betekent dat voor overlopende dbbc’s (dbbc’s geopend in 2016 en doorlopend in 2017) de op het moment van opening van de dbbc geldende nadere regels van toepassing zijn.

7 Inwerkingtreding en citeerregel

Deze nadere regel treedt in werking met ingang van 1 januari 2017. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) zal deze nadere regel in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze nadere regel kan worden aangehaald als: Nadere regel ‘Dbbc’s, zzp’s en extramurale parameters forensische zorg’, kenmerk NR/REG-1706.

De Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

BIJLAGE 1: TOELICHTING OP DE NADERE REGEL

Deze bijlage geeft een toelichting op de Nadere regel; 'Dbbc's, zzp's en extramurale parameters fz' en is als volgt opgebouwd:

- Recente wijzigingen
- Algemene toelichting fz
- Artikelsgewijze toelichting:
  - Artikel 1: reikwijdte
  - Artikel 2: algemene bepalingen
  - Artikel 3: dbbc's
  - Artikel 4: zzp's

Recente wijzigingen

Met ingang van 2016 is de tekst uit het 'spelregeldocument', dat voorheen werd opgesteld door DBC-Onderhoud, verwerkt in deze bijlage van de nadere regel. Daarnaast zijn zoals gebruikelijk de codelijsten, beroepentabel en dergelijke in bijlagen opgenomen.

De grootste veranderingen voor 2017 voor de fz hebben betrekking op de invoering van DSM-5, het heropenen van een dbbc, de dbbc-beroepentabel, nieuwe forensische zorgtitels en verduidelijking rondom parallelliteit.

Invoering DSM-5

Per 1 januari 2017 is DSM-5 leidend voor de klinische praktijk. Vanaf 2017 zal voor nieuwe zorgtrajecten de diagnose geclassificeerd worden in DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt geconverteerd naar een bijbehorende DSM-IV diagnose. De registratie en bekostiging vindt nog volgens DSM-IV plaats.

Heropenen dbbc

Per 2017 is het verplicht de dbbc, als dat mogelijk is, te heropenen als de patiënt binnen 35 dagen terug komt in zorg voor dezelfde primaire diagnose. Als ondertussen de jaargrens van 365 dagen is gepasseerd, is heropenen niet mogelijk. In dat geval wordt een vervolg-dbbc geopend. Deze regel is ingebouwd in de validatieregels.

Dbbc-beroepentabel

Er zijn twee beroepen (HBO-pedagoog en Ervaringsdeskundige) toegevoegd aan de beroepentabel. De door deze beroepen geschreven tijd gaat per 2017 nog niet meewegen in de dbbc's. Daarnaast is een nadere uitleg opgenomen over de manier waarop de ondersteuners in de ggz bekostigd worden in het huidige kostprijsmodel.

Forensische zorgtitels

Vanaf 2017 worden twee strafrechtelijke titels toegevoegd. Het gaat om de strafrechtelijke titel 'Bevel voorlopige verpleging (art 509i Sv)' en 'Bevel aanhouding (art 509h Sv)'. Deze titels maken onderdeel uit van de lijst met zorgtypen in de fz (Bijlage 2).

Parallelliteit

Er is nader toegelicht dat parallelliteit is toegestaan tussen zorg die geleverd wordt in de gespecialiseerde ggz en in de fz, waarbij voor de afzonderlijke zorgtrajecten moet worden voldaan aan de geldende regelgeving. Ook is beschreven onder welke voorwaarden zorg voor een psychische stoornis kan worden geleverd onder de Zvw wanneer een patiënt met een Wlz-indicatie zorg ontvangt binnen Wlz-instelling.

Algemene toelichting fz

Bekostiging van de fz

Fz in strafrechtelijk kader vindt plaats op basis van indicatiestelling door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP/Ifz), de Reclassering of het Psycho Medisch Overleg (PMO, Gevangeniswezen). In de indicatiestelling wordt het recht van de patiënt op fz vastgelegd. De Divisie Forensische Zorg (DForZo) van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) koopt deze zorg vooraf in bij zorgaanbieders.

Verantwoording/bekostiging zorg in dbbc's

Voor zorg in het kader van de behandeling van de patiënt (zowel met als zonder verblijf) geldt de dbbc-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (sglvg), op voorwaarde dat er een indicatie is voor deze zorg met behandeling. Ook de begeleidings- en dagbestedingsactiviteiten die onlosmakelijk onderdeel uitmaken van de behandeling, worden gerekend tot de dbbc-systematiek.

De zorgaanbieders verantwoorden de geleverde zorg door middel van de dbbc-registratie. De dbbc-systematiek geldt voor instellingen die aan volwassenen (of jongeren die volgens het volwassenenrecht zijn berecht) psychiatrische zorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg bieden als onderdeel van een straf.

Waar wordt fz verleend

Dit vindt plaats in instellingen voor fz, in bijzondere locaties in het gevangeniswezen die fz in detentie leveren (Penitentiair Psychiatrische Centra, PPC), instellingen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (sglvg)[7], Forensisch Psychiatrisch Centra (FPC), Forensische Verslavingszorg, Forensische Psychiatrische Afdelingen (FPA) en Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK) waar zorg wordt geleverd binnen een strafrechtelijk kader.

Welke fz krijgt de patiënt

De strafrechtelijke titel en bijbehorend advies bepalen welke fz een patiënt zal ontvangen. Een advies over deze titel, bijbehorende zorg en beveiligingsniveau wordt op basis van een indicatiestelling bepaald. De indicatiestelling wordt onafhankelijk en objectief uitgevoerd, zodat het zorgaanbod afgestemd wordt op de zorgbehoefte van de patiënt. Na het afgeven van een indicatieadvies wordt met inachtneming van dit advies door het OM of de Rechtspraak een besluit genomen of de patiënt klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen nodig heeft. De patiënt wordt geplaatst binnen een instelling[8]om daar vervolgens zorg te ontvangen van de zorgaanbieder.



Figuur 1 Proces plaatsing patiënt

Dbbc's, zzp's en extramurale parameters

Naast de dbbc-systematiek wordt in de bekostiging van de fz ook gewerkt met zorgzwaartepakketten (zzp's) en extramurale parameters. Of de dbbc-systematiek of de zzp-bekostiging/extramurale parameters van toepassing is, is afhankelijk van het antwoord op de vraag of behandeling onderdeel is van het zorgplan.

Specifieke zaken die niet geregistreerd kunnen worden op basis van de dbbc-systematiek zijn:
– ambulante begeleiding (extramurale parameters)
– verblijf met begeleiding zonder behandeling (zzp's)
– zorg aan verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek

Zie ter illustratie Figuur 2 Bepaling dbbc-systematiek ofzzp/Extramurale parameters.

Begeleiding, al dan niet in combinatie met verblijf, die gericht is op het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt, wordt tot de zzp- dan wel extramurale bekostiging gerekend.

Ambulante behandeling kan aangeboden worden naast begeleiding (met of zonder verblijf). De

[7] Voorwaarde bij deze doelgroep is dat zorg met behandeling geïndiceerd is.
[8] Het begrip instelling sluit aan bij de definitie die de NZa hanteert. Gesproken kan worden over een (afzonderlijke) instelling als zij op grond van artikel 5 WTZi is toegelaten.

ambulante behandeling wordt dan afgerekend in dbbc's, de begeleiding in extramurale parameters (zonder verblijf) of in zzp's (met verblijf).



Figuur 2 Bepaling dbbc-systematiek of zzp/Extramurale parameters

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1 Reikwijdte

– 1.1: Deze nadere regel gaat over de dbbc's, zzp's en extramurale parameters fz en de regels die gelden voor het registreren van activiteiten en verrichtingen. De fz in strafrechtelijk kader is van toepassing op vijf wetten: het Wetboek van strafrecht (Sr), het Wetboek van strafvordering (Sv), de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), de Penitentiaire Maatregel (PM) en de Penitentiaire beginselenwet (Pbw).

Artikel 2 Algemene Bepalingen

– 2.2: De samenloop tussen dbbc's en zzp-c in de fz wijkt af van de samenloop tussen dbc's en zzp-b in de curatieve ggz. Dit wordt veroorzaakt doordat de zzp-c is gericht op begeleiding zonder behandeling, en de zzp-b gericht is op voortgezette behandeling met verblijf. In de fz is het toegestaan om tegelijkertijd een ambulante dbbc te registreren in combinatie met een zzp.

Artikel 3 Dbbc's

Wat is een dbbc

Dbbc staat voor diagnose behandeling beveiliging combinatie. Een dbbc omvat het traject tot maximaal 365 kalenderdagen dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een fz-zorgaanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De dbbc vormt de basis voor de declaratie van de geleverde zorg in het kader van deze diagnose bij de verzekeraar (i.c. DForZo.

Waaruit bestaat een dbbc

Een dbbc in de fz is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de set van activiteiten, verblijfs-dagen, uren dagbesteding en verrichtingen en de tijd of aantallen die hieraan besteed zijn, wordt een aparte behandelprestatie, verblijfsprestatie en/of overige prestatie afgeleid. Aan de behandel- en verblijfsprestaties zijn tarieven verbonden. Deze tarieven worden jaarlijks vastgesteld door de NZa.

3.1.1 Registratie

De dbbc-systematiek in de fz werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding.
– Registratie
  Het registratieproces start op het moment dat een patiënt die in een forensische zorginstelling geplaatst is, bij de zorgbieder komt met een zorgvraag. Op dat moment worden meteen een zorgtraject en een dbbc geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces voor één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële dbbc, waarin de primaire diagnose is gesteld, en een onbeperkt aantal vervolg-dbbc's.
– Validatie
  Als de dbbc is afgesloten volgt de validatie. Tijdens de validatie wordt de dbbc gecontroleerd op

een volgens deze nadere regel goede en technisch volledige registratie.
– Afleiding
Na de validatie wordt via de afleiding bepaald in welke behandelprestatie/productgroep de dbbc terechtkomt. Vervolgens wordt de dbbc als onderdeel van de factuur naar de zorgverzekeraar gestuurd en worden daarnaast de dbbc-gegevens aan het Dbc-informatiesysteem (DIS) geleverd.



Figuur 3: Proces van registratie, validatie en afleiding

Vergelijking met de dbc-systematiek

Voor de fz gelden andere registratieregels dan voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Wel is de dbbc-systematiek zo goed mogelijk afgestemd op de dbc-systematiek van de ggz om de continuïteit van zorg in de zorgketen te verbeteren. Essentiële verschillen met de dbc-systematiek van de ggz zijn:

Indicatiestelling

In de fz vindt voorafgaand aan het zorgtraject een onafhankelijke indicatiestelling plaats. Dit is nodig om de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak vast te stellen. Daarnaast is deze indicatiestelling bepalend voor de plaatsing van patiënten bij zorgaanbieders.

Beveiligingsniveau

Een essentieel onderdeel van de fz is het beveiligingsniveau. De mate van en de kosten voor de beveiliging van de patiënt en de behandelomgeving worden in de productstructuur inzichtelijk gemaakt. Daarom is de extra ‘b’ van beveiliging in de naamgeving van de dbbc-systematiek toegevoegd.

Zorginkoop

De Divisie Forensische Zorg (DForZo), onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen, is verantwoordelijk voor de inkoop van fz in een strafrechtelijk kader en de plaatsing van volwassenen die deze zorg nodig hebben. In deze sector wordt DForZo gezien als zorgverzekeraar.[9]

3.1.2 Openen dbbc

Binnen de dbbc-systematiek wordt onderscheid gemaakt tussen de termen ‘zorgtraject’, ‘initiële dbbc’ en ‘vervolg-dbbc’.

Zorgtraject

Een dbbc maakt deel uit van een zorgtraject. Voordat een eerste dbbc geopend kan worden moet eerst een zorgtraject zijn gestart. De aanmeldingsdatum van de patiënt bepaalt de startdatum van het zorgtraject. Het vastleggen van de aanmeldingsdatum is verplicht volgens de minimale dataset (mds). Een initiële dbbc, met eventueel één of meerdere vervolg-dbbc’s, vormen het zorgtraject. Dit omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose.

Wie opent een zorgtraject

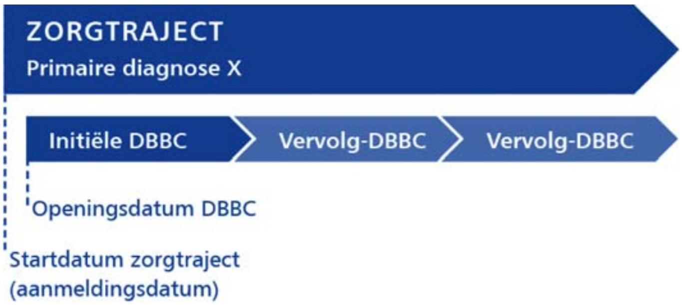
Een zorgtraject kan bijvoorbeeld geopend worden door het secretariaat, op het moment dat een patiënt wordt aangemeld.

Relatie tussen zorgtraject en dbbc

De startdatum van het zorgtraject kan hetzelfde zijn als de openingsdatum van de initiële dbbc, maar dit hoeft niet. De dbbc wordt namelijk pas geopend wanneer de eerste patiëntgebonden activiteit met een behandelaar plaatsvindt.

[9] Wanneer er in deze Nadere Regel sprake is van een zorgverzekeraar, wordt daarmee DForZo bedoeld.

Het openen van een dbbc is een administratieve handeling. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdhandelaar kan een dbbc openen.[10]



Figuur 4 Zorgtraject en dbbc's

3.1.2.1 Openingsdatum dbbc

Na plaatsing van de patiënt kan de hoofdbehandelaar starten met het openen van een dbbc. Bij het openen van een dbbc moet een openingsdatum vermeld worden. Dit is verplicht volgens de minimale dataset (mds). De openingsdatum is altijd gelijk aan de datum waarop de eerst(volgende) directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

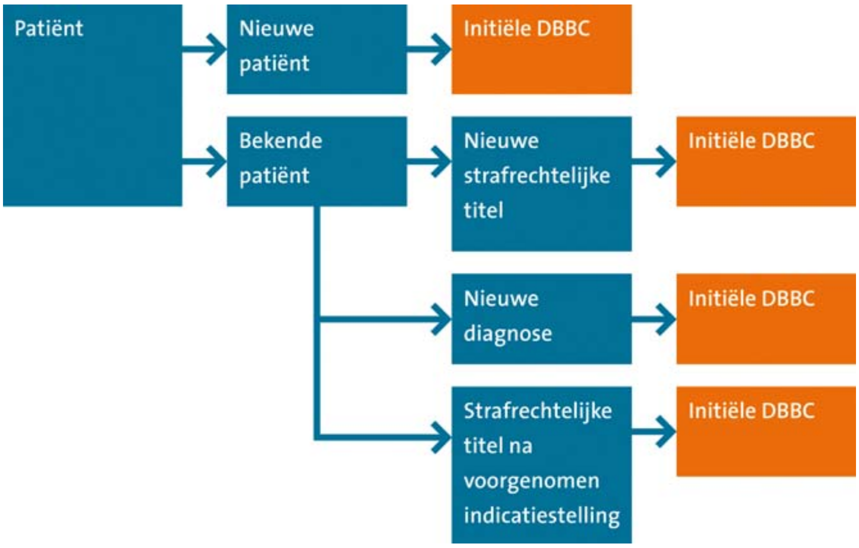
3.1.2.2 Initiële dbbc

Een initiële dbbc is de dbbc die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële dbbc is altijd de eerste dbbc binnen een zorgtraject.

Wanneer een initiële dbbc openen:

- Als een nieuwe patiënt zich aanmeldt.
  Let op:
  - Beschikt een zorgaanbieder over meerdere locaties en verandert een patiënt van locatie maar niet van primaire diagnose, dan is er géén sprake van een nieuwe patiënt. De hoofdbehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële dbbc openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de al geopende dbbc worden geregistreerd.
  - Bij overplaatsing van een patiënt gedurende het fpt is er altijd sprake van een nieuwe patiënt. De zorgaanbieder waarnaar de patiënt overgeplaatst wordt, opent in deze situatie dus een initiële dbbc met het zorgtype fpt proefverlof (144) of fpt voorwaardelijke beëindiging (145).
- Als een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt al in behandeling is. Dit geldt ook als de strafrechtelijke titel gelijk blijft.
  Let op:
  Er kan sprake zijn van parallelle of seriële zorgtrajecten. De voorwaarden daarvoor en een nadere toelichting zijn te vinden in het onderdeel 3.1.3.9 Omgaan met meerdere primairediagnoses in deze bijlage.
- Als de strafrechtelijke titel verandert.
  Als van een bekende patiënt de strafrechtelijke titel verandert, is er sprake van een nieuw indicatie- en plaatsingsbesluit en wordt een initiële dbbc geopend voor de nieuwe strafrechtelijke titel. De hoofdbehandelaar sluit de dbbc en opent een initiële dbbc voor de nieuwe strafrechtelijke titel.
- Als een strafrechtelijke titel wordt opgelegd.
  Als een bekende patiënt in zorg is in het kader van een voorgenomen indicatiestelling en hij een strafrechtelijke titel opgelegd krijgt, sluit de hoofdbehandelaar de dbbc met het zorgtype 'Voorgenomen indicatiestelling'. Vervolgens opent hij een nieuwe initiële dbbc met één van de 21 strafrechtelijke titels.

[10] Omdat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor het openen van een dbbc, wordt in de rest van het document aangegeven dat de hoofdbehandelaar de dbbc opent, in gedachten houdende dat het een administratieve handeling is.



Figuur 5 Situaties waarin een initiële dbbc moet worden geopend

3.1.2.3 Heropenen

Als de patiënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de dbc terugkomt in zorg voor dezelfde diagnose, moet – als de jaargrens dat mogelijk maakt- de voorafgaande dbc heropend worden.

Als de patiënt terugkomt in zorg en een nieuw plaatsingsnummer krijgt, wordt de dbbc niet heropend, maar wordt een nieuwe dbbc geopend.

3.1.2.4 en 3.1.2.5 Vervolg-dbbc

Een vervolg-dbbc is een dbbc die volgt op een initiële dbbc of een voorgaande vervolg-dbbc. Een vervolg-dbbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële dbbc of vervolg-dbbc.

Wanneer een vervolg-dbbc openen

Bij het openen van een vervolg-dbbc is altijd sprake van een bekende patiënt en precies dezelfde primaire diagnose. Een vervolg-dbbc valt altijd onder hetzelfde zorgtraject waaronder de bijbehorende initiële dbbc en eventuele eerdere vervolg-dbbc's vallen.

Let op: Bij een vervolg-dbbc mag de primaire diagnose niet verschillen van de primaire diagnose van de vorige (initiële of vervolg-) dbbc. Dit houdt ook in dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande dbbc, maar niet precies hetzelfde is, een initiële dbbc geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.

In de volgende situaties wordt een vervolg-dbbc geopend:

– De lopende dbbc staat 365 dagen open.
  Als een (initiële of vervolg-) dbbc 365 dagen open staat en de behandeling is nog niet afgerond, sluit de hoofdbehandelaar de lopende dbbc. De openingsdatum van de vervolg-dbbc is de dag waarop de eerstvolgende patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.
– In verband met overgang naar forensisch psychiatrisch toezicht (fpt).
  Er kan sprake zijn van een forensisch psychiatrisch toezicht (fpt) in de fasen transmuraal verlof, proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. Specifieke activiteiten en verrichtingen worden tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging door een forensisch psychiatrisch centrum (fpc) uitgevoerd. Deze activiteiten en verrichtingen moeten geregistreerd worden op een vervolg-dbbc met het zorgtype fpt. Als een patiënt tijdelijk wordt teruggeplaatst in een fpc, wordt gesproken van een time-out. Zie ook Figuur 4 Zorgtraject en dbbc's en Figuur 5 Situaties waarin een initiële dbbc moet worden geopend.

Als een patiënt overgaat naar de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging

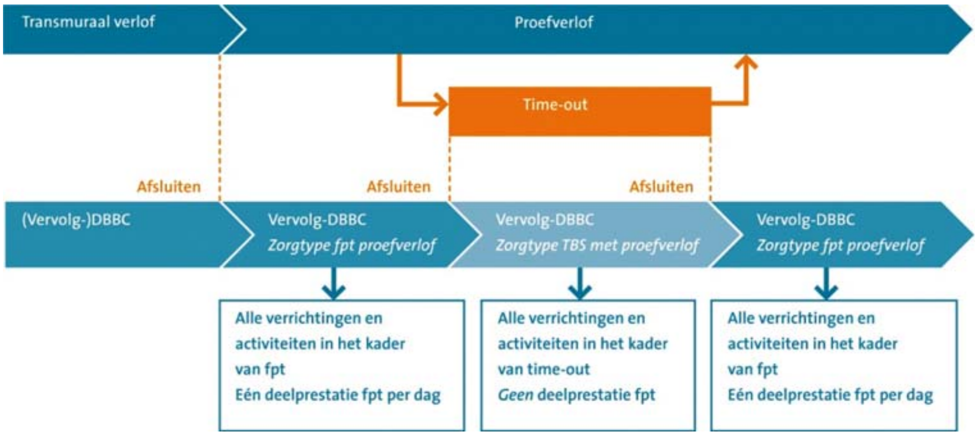
In dat geval wordt de voorgaande (vervolg)-dbbc gesloten (ook als de 365-dagen grens nog niet

bereikt is). Als afsluitreden moet worden gekozen voor 'afsluiten dbbc vanwege openen vervolg-dbbc' (afsluitreden 4). Eén dag na sluiting van deze dbbc wordt een vervolg-dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend. Wanneer de behandeling na 365 dagen na openingsdatum van de dbbc met zorgtype fpt voortgezet wordt, wordt opnieuw een vervolg-dbbc met zorgtype fpt geopend.

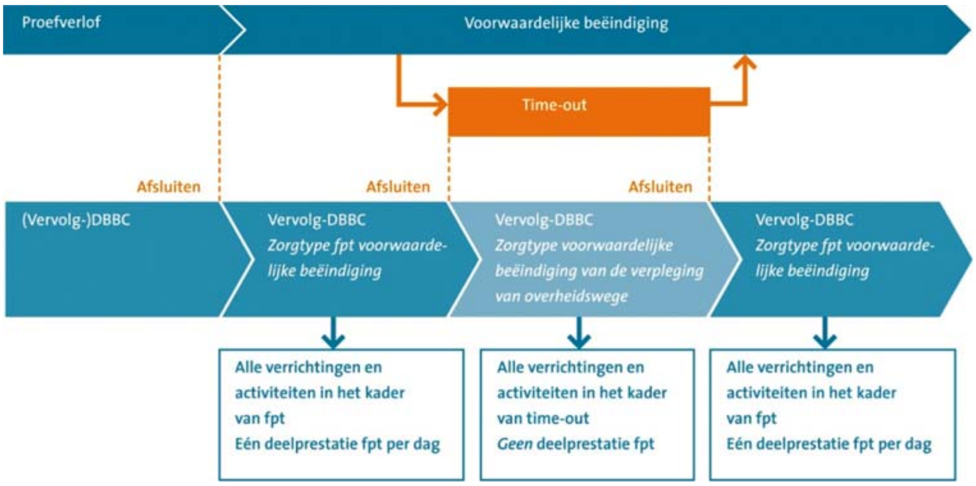
Bij time-out tijdens fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging

Het kan zijn dat de patiënt tijdens het fpt met zorgtype 'proefverlof' of 'voorwaardelijke beëindiging' in een time-out terechtkomt.
In dat geval moet de dbbc met zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' worden gesloten met reden 'afsluiting time-out' (afsluitreden 8). Aansluitend wordt in hetzelfde zorgtraject een nieuwe vervolg-dbbc geopend. Tijdens de fase proefverlof heeft deze het zorgtype 'tbs met proefverlof (art. 51 Bvt)' en tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr)'.

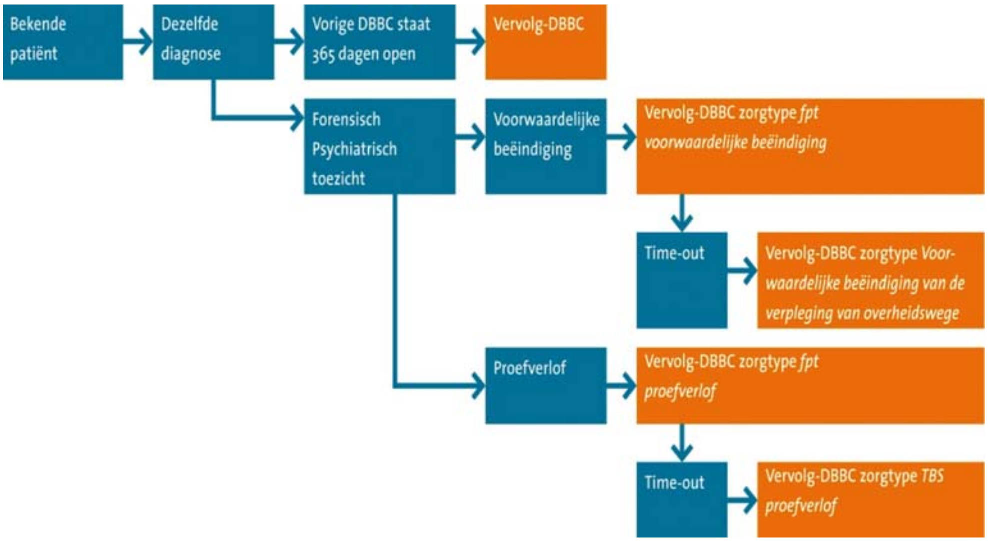
Let op:
Bij een vervolg-dbbc mag de primaire diagnose niet verschillen van de primaire diagnose van de vorige (initiële of vervolg-) dbbc. Dit houdt ook in dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande dbbc maar niet precies hetzelfde is, een initiële dbbc geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.



Figuur 6 Fpt tijdens fase proefverlof



Figuur 7 Fpt tijdens fase voorwaardelijke beëindiging



Figuur 8 Situaties waarin een vervolg-dbbc kan worden geopend

3.1.3 Typeren

Het typeren van een dbbc bestaat uit verschillende onderdelen: het vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het vastleggen van het zorgtype, het vastleggen van de aard en mate van gevaar, het vastleggen van de aard van het delict en het vastleggen van de (primaire) diagnose van de patiënt.

3.1.3.1 Wie typeert

De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor het juist invullen van de volledige typering. Alleen de hoofdbehandelaar mag typeren.
Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register[11], waarvan het beroep is opgenomen op de dbbc-beroepentabel en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van deDSM-5, kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.

De hoofdbehandelaar is uiteindelijk verantwoordelijk voor het juist invullen van de volledige typering. Met inachtneming van relevante wet- en regelgeving en bovenstaande eisen, mag elke instelling zelf bepalen wie als hoofdbehandelaar wordt aangewezen.

Wanneer typeren

De dbbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de hoofdbehandelaar de dbbc binnen een maand na opening.
Let op:
– De elementen *zorgtype* en *aard delict* worden éénmalig aan het begin van het zorgtraject door de hoofdbehandelaar vastgelegd.
– De elementen *diagnose* en *aard en mate van gevaar* worden door de hoofdbehandelaar ingevuld en kunnen als dat gewenst is gedurende de looptijd van de (initiële) dbbc gewijzigd worden. Bij het wijzigen van de gevaartypering wordt de datum vastgelegd waarop de wijziging heeft plaatsgevonden.
– Wanneer het zorgtype ‘Verdiepingsdiagnostiek’ (146) wordt gekozen, kan de dbbc worden afgesloten zonder registratie van aard delict en/of diagnoseclassificatie.

3.1.3.2 Vastleggen identificatiegegevens

Het eerste onderdeel van de typering is het vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt. Welke gegevens de zorgaanbieder in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de minimale dataset (mds). Dit zijn de volgende gegevens:

[11] BIG-register: Het BIG-register verleent duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener. Alleen zorgverleners die in het BIG-register staan, mogen een beschermde medische titel voeren.

– naam patiënt
– geboortedatum
– geslacht
– patiëntnummer
– strafrechtsketennummer (skn)[12]
– circuit
– startdatum dbbc
– einddatum dbbc
– startdatum strafrechtelijke titel
– einddatum strafrechtelijke titel

3.1.3.3 Vastleggen zorgtype

Het tweede onderdeel van de typering is het vastleggen van de aanleiding tot fz. Dit heet het zorgtype. Het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt. De aanleiding tot de zorg kan zijn dat een patiënt een strafrechtelijke titel heeft of dat er sprake is van een voorgenomen indicatiestelling, fpt of verdiepingsdiagnostiek.

Welk zorgtype gebruiken

Er zijn verschillende zorgtypen (codes) voor initiële en vervolg-dbbc's.
Een uitgebreide beschrijving inclusief de te gebruiken codes is te vinden in Bijlage 2: Zorgtypen.

3.1.3.5 Vastleggen aard en mate van gevaar

Het derde onderdeel van de typering is het vastleggen van de aard van het gevaar en de mate waarin de patiënt een gevaar vormt. Dit gevaar wordt in drie categorieën getypeerd:

1. Acuut fysiek gevaar
   Hierbij geeft de hoofdbehandelaar aan in welke mate de patiënt een fysiek gevaar vormt voor zijn omgeving en/of voor zichzelf. Het gaat hier om het gevaar van de patiënt in de behandelsetting gedurende het afgelopen jaar. Als de patiënt korter dan een jaar in de instelling verblijft, gaat het om het gevaar van de patiënt in de behandelsetting sinds opname. De hoofdbehandelaar baseert de mate van gevaar op de eventuele incidenten die zich in het afgelopen jaar/sinds opname hebben voorgedaan.
   Voorbeelden van incidenten zijn:
   – De patiënt heeft een gevaar gevormd voor een ander.
   – De patiënt heeft zichzelf of een ander daadwerkelijk schade berokkend.
   – De patiënt is gesepareerd geweest.
   De mate van acuut fysiek gevaar is onderverdeeld in de volgende categorieën:
   – *Geen risico:* geen dreiging aanwezig.
   – *Laag risico:* verbale dreiging.
   – *Matig risico:* één (fysiek) incident en eventueel verbale dreiging.
   – *Hoog risico:* meerdere incidenten dan wel één ernstig incident waarbij schade aan het slachtoffer of de patiënt zelf is berokkend.
2. Vluchtgevaar
   Hier geeft de hoofdbehandelaar aan in welke mate de patiënt, die klinisch is opgenomen, ontsnappingspogingen heeft voorbereid en/of heeft ondernomen. De hoofdbehandelaar gebruikt hiervoor alle hem bekende informatie die hij relevant acht, ook als die ver in het verleden ligt. De mate van vluchtgevaar moet alleen worden beoordeeld als de patiënt klinisch wordt behandeld.
   De mate van vluchtgevaar is onderverdeeld in de volgende categorieën:
   – *Geen risico:* patiënt heeft geen poging tot ontvluchting ondernomen.
   – *Laag risico:* patiënt heeft in het verleden voorbereidingen getroffen voor een vluchtpoging, zonder een daadwerkelijke poging te doen.
   – *Matig risico:* patiënt heeft in het verleden daadwerkelijk een vluchtpoging ondernomen.
   – *Hoog risico:* patiënt is er in het verleden in geslaagd te ontsnappen.
   – *Niet van toepassing:* patiënt wordt ambulant behandeld.
3. Recidivegevaar
   Het gaat hierbij om het gevaar wanneer de patiënt zich op dit moment in de maatschappij zou begeven. Hiervoor moet de hoofdbehandelaar gebruik maken van één van de volgende risicotaxatie-instrumenten: HKT-30, HCR-20 of SVR-20. Wanneer voor de patiënt risicotaxatie(s) gedaan zijn in het kader van verlofbewegingen, kan informatie uit die risicotaxatie(s) gebruikt worden voor het classificeren van het recidivegevaar. De categorieën voor recidivegevaar zijn:

[12] Strafrechtsketennummer (skn): Iedereen die is belast met de toepassing van het strafrecht, is bij het onderling uitwisselen van persoonsgegevens over verdachten en veroordeelden verplicht om het skn te gebruiken.

Voor het classificeren van de mate van recidivegevaar maakt de hoofdbehandelaar gebruik van de score op een risicotaxatie-instrument, bijvoorbeeld:
- HKT-30
- HCR-20
- SVR-20

De categorieën voor recidivegevaar zijn:
- geen/laag risico
- matig risico
- hoog risico
- onbekend

Let op: De categorie 'onbekend' wordt gebruikt wanneer de hoofdbehandelaar geen uitspraak kan doen over de mate van het recidivegevaar, omdat de patiënt nog niet veroordeeld is (preventieve fase).

3.1.3.6 Vastleggen aard delict

Het vierde onderdeel van de typering is het vastleggen van de aard van het delict. De classificatie van de aard delict gebeurt aan de hand van tien clusters die zijn benoemd in het BooG-instrument.[13] Deze clusters staan weergegeven in

Bijlage 3: Vastleggen aard van delict.

Het is mogelijk om meer dan één aard delict te registreren. Bij het typeren van een aard delict wordt geen onderscheid gemaakt tussen een poging tot het delict en het daadwerkelijk plegen van het delict.

3.1.3.7 Vastleggen diagnose van de patiënt

Het vijfde onderdeel van de typering is het vastleggen van de diagnose van de patiënt. De diagnose-classificatie in de dbbc-systematiek sluit aan bij de regels die gelden voor het gebruik van de DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt via een conversietabel vertaald naar een DSM-IV-TR diagnose. De hoofdbehandelaar registreert de diagnose met behulp van de diagnosetabel die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen.

As 1: Klinische stoornissen

Op As 1 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Tabel 1 laat tevens zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.
- Op As 1 is de diagnose 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld' niet toegestaan.
- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig' als er geen As 1-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is

Tabel 1: As 1 Klinische stoornissen

As 1 Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Stoornissen in de kindertijd	Stoornissen in de kindertijd
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Restgroep diagnoses
Angststoornissen	Restgroep diagnoses
Somatoforme stoornis	Restgroep diagnoses
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses

[13] Beleidsondersteuning onderzoek Geestvermogens ten behoeve van forensisch psychiatrisch consulent, ministerie van Veiligheid en Justitie.

As 1 Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Seksuele stoornissen
Eetstoornissen	Restgroep diagnoses
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Stoornissen in de impulsbeheersing
Aanpassingsstoornissen	Restgroep diagnoses
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Restgroep diagnoses
	Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing

As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

Op As 2 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Geef per stoornis aan of de stoornis aanwezig is of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd. Tabel 2 laat zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op:
– Per persoonlijkheidsstoornis sluiten de antwoordmogelijkheden ‘aanwezig’ en ‘trekken van’ elkaar uit.
– Op As 2 kunt u wel kiezen voor de code 799.9 ‘Diagnose/aandoening uitgesteld’, maar deze kan nooit de primaire diagnose van de dbbc zijn.
– Registreer V71.09 ‘Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig’ als er geen As 2-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

Tabel 2: As 2 Persoonlijkheidsstoornissen

As 2 Persoonlijkheidsstoornissen	
DSM IV-TR	**Diagnosetabel**
Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd) – Lichte zwakzinnigheid – Matige zwakzinnigheid – Ernstige zwakzinnigheid – Diepe zwakzinnigheid – Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen – Paranoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizoïde persoonlijkheidsstoornis – Schizotypische persoonlijkheidsstoornis – Antisociale persoonlijkheidsstoornis – Borderline persoonlijkheidsstoornis – Theatrale persoonlijkheidsstoornis – Narcistische persoonlijkheidsstoornis – Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis – Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis – Obsessieve – compulsieve persoonlijkheidsstoornis – Persoonlijkheidsstoornis NAO – Uitgesteld/geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheidsstoornissen
Zwakbegaafdheid (bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

As 3: Somatische aandoeningen

Registreer alleen de somatische aandoening die een directe relatie heeft met de As 1- of As 2-stoornis (bijvoorbeeld: delirium door een somatische aandoening).
De registratie van somatische aandoeningen is in de dbbc-systematiek beperkt tot drie niveaus:
1. ‘Geen of geen relevante diagnose op As 3’ als er geen somatische aandoening aanwezig is of als de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.
2. ‘Diagnose op As 3 enkelvoudig’ als er sprake is van een somatische aandoening die beperkte consequenties heeft. Doe dit dus alleen als deze aandoening naar verwachting zorgverzwarend is voor de behandeling van de primaire diagnose.
3. ‘Diagnose op As 3 complex’ als er sprake is van een somatische aandoening die veel consequen-

ties heeft dan wel zorgverzwarend werkt voor de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Van complex is bijvoorbeeld sprake als:

– een medisch specialistische behandeling door een andere medisch specialist dan de psychiater noodzakelijk is;
– aanvullende zorg gericht op de somatische aandoening of als gevolg van de somatische aandoening noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van doofheid;
– er een specifieke behandelafdeling (paaz, puk, pmu/gapz/gaaz) nodig is om zorg te kunnen bieden;
– er sprake is van bepaalde specifieke ziektebeelden, zoals ziekte van Alzheimer of Hypothyreoïdie.

De hoofdbehandelaar beoordeelt of er sprake is van enkelvoudig of complex. In Tabel 3 staan de omschrijvingen van de somatische aandoeningen die op As 3 van de diagnosetabel geselecteerd kunnen worden.

Tabel 3: As 3 Somatische aandoeningen

As 3 Somatische aandoeningen	
Diagnosetabel	**Bijzonderheden**
Diagnose op As3, complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	

As 4: Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

Op As 4 worden psychosociale factoren en omgevingsfactoren vastgelegd die een duidelijk zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose. Registreer ‘diagnose of aandoening niet aanwezig’ als er geen As 4-factor aanwezig is. Tabel 4 geeft deze factoren weer.

Tabel 4: As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren	
Factoren	**Bijzonderheden**
Problemen binnen de primaire steungroep	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Problemen verbonden aan de sociale omgeving	
Studie/scholingsproblemen	
Werkproblemen	
Woonproblemen	
Financiële problemen	
Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten	
Problemen met justitie/politie of met de misdaad	
Andere psychosociale en omgevingsproblemen	
Geen diagnose/factor op As 4 aanwezig	Als er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, moet deze code geregistreerd worden.

As 5: GAF-score

Ten slotte registreert de hoofdbehandelaar op As 5 de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:
Bij openen (tweemaal):

– De hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Is er geen eerdere GAF-score? Registreer dan de GAF-score bij het begin van de behandeling of maak een inschatting van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.
– De GAF-score op het moment van openen van de dbbc.

Bij sluiten: de GAF-score op de einddatum van de dbbc.

De verdeling van de GAF-scores zoals deze wordt gebruikt in de dbbc-systematiek is weergegeven in Tabel 5.

Tabel 5: As 5 GAF-score

As 5: GAF-score
GAF
GAF score 1-10
GAF score 11-20
GAF score 21-30
GAF score 31-40
GAF score 41-50
GAF score 51-60
GAF score 61-70
GAF score 71-80
GAF score 81-90
GAF score 91-100

3.1.3.8 Registreren primaire diagnose

Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd, kan worden aangegeven wat de primaire diagnose is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor de behandeling. Deze is gekoppeld aan het zorgtraject. Alleen een diagnose op As 1 of As 2 kan worden geselecteerd als primaire diagnose. Wanneer de primaire diagnose van een openstaande initiële dbbc wijzigt en de nieuwe primaire diagnose valt in een andere hoofdgroep, dan moeten het zorgtraject en bijbehorende dbbc worden gesloten en wordt opnieuw een initiële dbbc geopend.

Let op:
- De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
- Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van ..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
- De eventuele code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).
- V-codes kunnen als primaire diagnose gekozen worden.

Wijzigen diagnose bij lopende dbbc

- Een vervolg-dbbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de voorgaande (initiële) dbbc. Deze diagnose kan niet worden aangepast.
- Dit betekent dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande dbbc, maar niet precies hetzelfde is, een initiële dbbc geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.
- Als de primaire diagnose van een openstaande initiële dbbc wijzigt wordt de diagnose van die initiële dbbc aangepast. Er wordt dus géén nieuwe initiële dbbc (en geen nieuw zorgtraject) geopend. Dit geldt zowel bij wijzigingen naar een diagnose binnen dezelfde hoofdgroep als naar een diagnose in een andere hoofdgroep.

3.1.3.9 Omgaan met meerdere primaire diagnoses

Het is mogelijk dat bij een patiënt meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten.

a. Parallelle zorgtrajecten
   Er is sprake parallelle zorgtrajecten als de hoofdbehandelaar meerdere initiële dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten opent. Parallelle zorgtrajecten kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. De hoofdbehandelaar moet het openen van parallelle zorgtrajecten op dat punt ook kunnen verantwoorden.

Tabel 6 Mogelijke parallelle diagnosehoofdgroepen

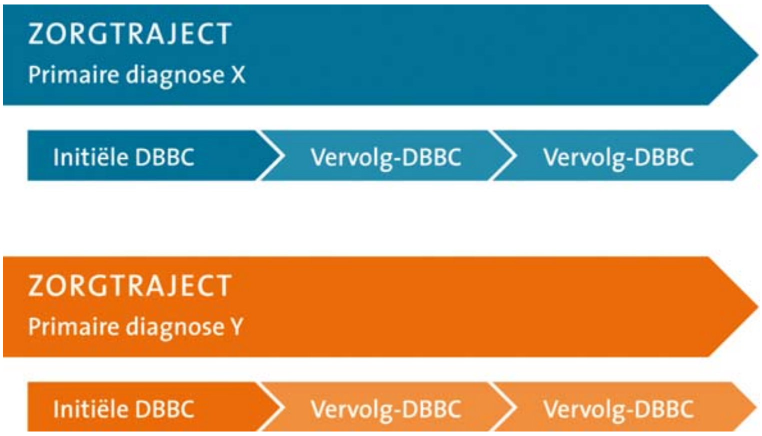
Parallelliteit fz: hoofdgroepen	
001	Stoornissen in de kindertijd
002	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Parallelliteit fz: hoofdgroepen	
003	Problemen ivm misbruik of verwaarlozing
004	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
005	Psychische stoornissen door een somatische aandoening
006	Stemmingsstoornissen
007	Angststoornissen
008	Somatoforme stoornissen
009	Nagebootste stoornissen
010	Dissociatieve stoornissen
011	Eetstoornissen
012	Slaapstoornissen
013	Stoornissen in de impulsbeheersing
014	Aanpassingsstoornissen
015	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
016	Bijkomende codes/geen diagnose
017	Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)
018	Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)
019	Bijkomende codes/geen diagnose
020	Seksuele stoornissen
021	Stoornissen in de impulsbeheersing
022	Aan een middel gebonden stoornissen
023	Persoonlijkheidsstoornissen

Parallelle zorgtrajecten mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Zie hiervoor ook artikel 3.1.3.9 van deze nadere regel. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid, en de diagnosehoofdgroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DMS-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de fz 23 hoofdgroepen.
Voorwaarden parallelle zorgtrajecten:

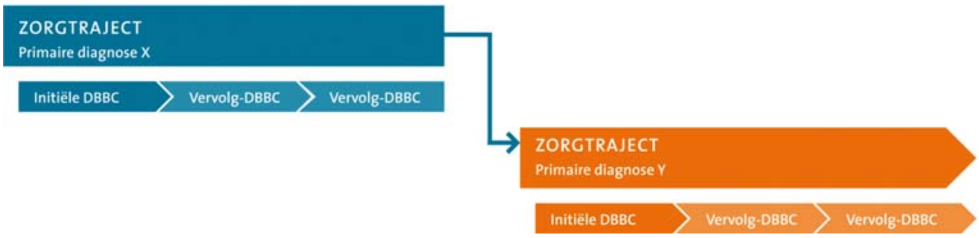
– Een patiënt kan binnen één instelling maximaal drie openstaande zorgtrajecten hebben.
– Bij initiële parallelle dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten is het een voorwaarde dat de primaire diagnoses een verschillende parallelliteitscode kennen. Zie Tabel 6.

Voor behandeling bij elektroconvulsie therapie (ect) geldt een uitzondering op de genoemde voorwaarden voor parallelle trajecten. Als er sprake is van een behandeling in combinatie met ect door twee zorgaanbieders, is het toegestaan om twee zorgtrajecten met dezelfde diagnosehoofdgroep (zoals opgenomen in tabel 6) te declareren. De uitzondering voor ect wordt gemaakt om praktische beperkingen in het declareren van deze zorg weg te nemen.
Daarnaast geldt een uitzondering als ambulante behandeling gelijktijdig met proefverlof of voorwaardelijke beëindiging wordt ingezet.
In het geval van forensisch psychiatrisch toezicht (fpt) en een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject, is het niet nodig dat de primaire diagnose van beide zorgtrajecten verschilt. Tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging kan gelijktijdig met het fpt of een time-out tijdens het fpt ook ambulante behandeling plaatsvinden. Hiervoor worden een apart zorgtraject en initiële dbbc geopend met het zorgtype 'tbs met proefverlof' (tijdens de fase proefverlof) of zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege' (tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging).



Figuur 9: Parallelle zorgtrajecten

b. Seriële (opeenvolgende) zorgtrajecten
Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is (comorbiditeit). Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses. In een dergelijke situatie opent de hoofdbehandelaar eerst een initiële dbbc en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de hoofdbehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële dbbc en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevendiagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. We spreken dan van opeenvolgende zorgtrajecten. Deze vorm van opeenvolgend behandelen heet ook wel de 'stepped care-systematiek'.
Let op: De voorwaarde voor opeenvolgende dbbc's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.



Figuur 10: Opeenvolgende zorgtrajecten

Voorbeeld:
Een patiënt heeft een alcoholverslaving en een depressie. Is de alcoholverslaving de aandoening die het meest dringend moet worden behandeld, dan opent de hoofdbehandelaar daarvoor een initiële dbbc met de alcoholverslaving als primaire diagnose. Als de patiënt voor de alcoholverslaving is uitbehandeld, opent hij een nieuw zorgtraject met een nieuwe initiële dbbc met depressie als primaire diagnose.

3.1.4 Registreren

Alle activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van de zorg voor een patiënt moeten worden geregistreerd op een dbbc.
Registratie kan plaatsvinden door middel van het registreren van tijd op een bepaalde activiteit, en in sommige gevallen door het registreren van een aantal van een specifieke overige deelprestaties.
Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit.

Op een dbbc kunnen activiteiten op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. Deze categorieën worden hieronder apart besproken.



Figuur 11 Zorgcategorieën

3.1.4.1 Wie mogen registreren?

Alle behandelaren waarvan het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in de dbbc-Beroepentabel (Bijlage 5: Dbbc-beroepentabel) kunnen op de dbbc diagnostiek en behandeling registreren zoals beschreven in de Activiteitenlijst (Bijlage 4: Activiteiten enverrichtingen).

3.1.4.2–3.1.4.10 Diagnostiek en behandeling registreren

Er kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.

Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd

Patiëntgebonden activiteiten omvatten de activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een specifieke patiënt.

Let op: Niet-patiëntgebonden activiteiten kan de behandelaar niet op een dbbc registreren. Dit zijn activiteiten zoals: scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega’s, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.

3.1.4.4 Directe tijd, indirecte tijd en reistijd

De behandelaar moet bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.

Direct patiëntgebonden tijd

Dit is de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling[14] contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Direct patiëntgebonden tijd kan bestaan uit:
– face-to-face contact
– telefonisch contact
– schriftelijk/e-mail contact
– direct contact via internet (chatten, Skype etc.)
– een initiële dbbc moet altijd direct patiëntgebonden tijd van een hoofdbehandelaar bevatten

Indirect patiëntgebonden tijd

Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiënt-

[14] Dit betekent dat alleen tijd geregistreerd kan worden als het een behandelcontact is in het kader van het behandelplan van de patiënt. Bijpraten, koffiedrinken of het maken van een afspraak met het systeem van de patiënt valt hier bijvoorbeeld niet onder.

gebonden tijd), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Voorbeelden van indirect patiëntgebonden tijd zijn:
– het voorbereiden van een activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
– verslaglegging in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
– hersteltijd na een intensieve behandelsessie.

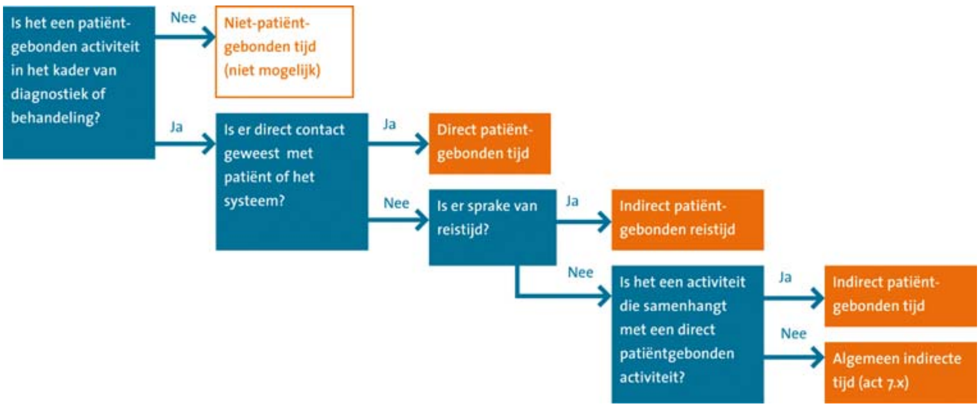
Indirect patiëntgebonden reistijd

Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Uitzondering hierop zijn de algemeen indirecte contacten ‘no show’, ‘activiteiten i.v.m. juridische procedures’ en ‘overleg met derden’. Deze activiteiten kunnen ook in combinatie met reistijd worden geregistreerd – maar alléén als deze reistijd niet via een andere financieringsbron vergoed wordt.

Let op: Tijd om binnen de eigen organisatie (AGB-code) de patiënt te bereiken mag niet geregistreerd worden als reistijd. Ook niet als de zorginstelling over meerdere locaties beschikt.

Algemeen indirecte tijd

Deze tijd is wel patiëntgebonden maar heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt bijvoorbeeld geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject. Het betreft de activiteiten met code 7.x.



Figuur 12 Bepaling directe tijd, indirecte (reis)tijd of algemeen indirecte tijd

Let op: Het is niet toegestaan om dbbc’s met alleen indirecte tijd te declareren, met uitzondering van de dbbc forensisch psychiatrisch toezicht (fpt). Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden om de dbbc te declareren. Dit geldt voor zowel de initiële dbbc’s als de vervolg-dbbc. Daarnaast geldt dat er in een initiële dbbc altijd directe tijd door een hoofdbehandelaar moet zijn geregistreerd.

Diagnostiek en behandeling registreren

Behandelaren mogen beginnen met registreren zodra de dbbc geopend is. Registreren van diagnostiek- en behandelactiviteiten kan direct na het uitvoeren van de activiteit of op een later moment. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.
Tip: Het beste is de behandelactiviteiten zo snel mogelijk na uitvoering te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreerde activiteiten.
Let op: Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten, dan moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de dbbc waarop deze betrekking heeft.

Instellingen mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Bijvoorbeeld door de registratie te koppelen aan het elektronisch patiëntendossier (epd) of een planningsmodule. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden[15] per activiteit vast te stellen.

[15] De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en herijken/updaten hiervan.

Registreren van behandelactiviteiten in klinische setting

Het hangt van de situatie af of activiteiten in een klinische setting geregistreerd mogen worden. De kosten van de zorg van sommige beroepen zitten namelijk al in het tarief van verblijf versleuteld.

Bijzonderheden bij het registreren van diagnostiek en behandeling

Aan het registreren van diagnostiek en behandeling is een aantal bijzonderheden verbonden zie ook Tabel 7.

3.1.4.6 Behandeltijd aan het systeem van de patiënt

Tijdens een behandeling kan ook behandeltijd besteed worden aan het 'systeem' van de patiënt. Met het systeem worden de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt bedoeld. Registreer deze bestede (in)directe tijd, in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt, op de dbbc van de betreffende patiënt. Tijdsbesteding aan het systeem kan zowel met als zonder aanwezigheid van de patiënt plaatsvinden. Tevens kan het zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Hierdoor kent een deel van de behandelactiviteiten zes varianten. In Tabel 7 staan de verschillende varianten toegelicht.

3.1.4.7 Meerdere behandelvormen tegelijkertijd

Het kan voorkomen dat de behandelaar tijdens één sessie met een patiënt meerdere behandelvormen toepast, bijvoorbeeld het toepassen van farmacotherapie en psychotherapie. De behandelaar verdeelt dan de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.

3.1.4.8 Groepstherapie

Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij twee of meer mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar de bestede tijd door het aantal deelnemers in de groepstherapie. Dus bij een behandeling van 160 minuten waaraan acht patiënten deelnemen, registreert de behandelaar 20 minuten op de dbbc van een patiënt.

3.1.4.10 Onderlinge dienstverlening

De hoofdbehandelaar (opdrachtgever) kan een gespecialiseerde behandelaar uit een andere zorginstelling inschakelen (opdrachtnemer), bijvoorbeeld voor het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek. In dat geval opent de opdrachtnemer geen eigen dbbc voor de patiënt, maar de hoofdbehandelaar registreert de activiteiten die de opdrachtnemer heeft uitgevoerd op de openstaande dbbc van de patiënt. De bestede tijd moet wel op naam van de opdrachtnemer op de dbbc geregistreerd worden. De opdrachtgever betaalt vervolgens de opdrachtnemer buiten de dbbc-systematiek om. De dbbc wordt na sluiting gedeclareerd. De reden voor deze werkwijze is dat alle bestede zorg voor de behandeling van een diagnose binnen één dbbc geregistreerd wordt.

Als een zorgaanbieder een deel van de zorg uitbesteedt voor een patiënt met een lopend zorgtraject, blijft de opdrachtgevende zorgaanbieder verantwoordelijk voor de verlening en declaratie van deze zorg.

Let op: het tarief voor prestaties in het kader van onderlinge dienstverlening is vrij en moet onderling bepaald worden door de uitvoerende en opdracht gevende zorgaanbieder.

Tabel 7: Varianten in behandelactiviteiten

Varianten in behandelactiviteiten	
Variant	**Omschrijving**
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep*	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn

* Wanneer in een groep tijd aan het systeem wordt besteed, gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

3.1.4.11–3.1.4.17 Dagbesteding registreren

Definitie dagbesteding

Het doel van dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt.

Binnen de fz is van belang dat de dagbesteding altijd plaatsvindt in het kader is van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.

Dagbesteding is dus niet:
- een reguliere dag structurering die in een 24-uurs verblijfssituatie wordt geboden;
- een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

Dagbesteding in de fz wordt met ingang van 1 januari 2013 geregistreerd als een overige deelprestatie. Hiervoor geldt een maximumtarief per patiënt per uur

Wie registreert dagbesteding?

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar kan binnen de dbbc dagbesteding registreren.

Wanneer dagbesteding registreren?

Registreren van dagbesteding kan direct nadat de patiënt dagbesteding heeft gekregen. Er moet bij het registreren van dagbesteding gebruik worden gemaakt van de codes die op de openingsdatum van de dbbc in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.
Tip: Het beste is om de dagbesteding zo snel mogelijk na afloop te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreerde dagbesteding.

3.1.4.12 Wat registreren bij dagbesteding

De behandelaar registreert het aantal uren dat de patiënt dagbesteding krijgt. In de dbbc-systematiek worden de volgende vormen van dagbesteding onderscheiden:

1. Dagbesteding sociaal (ontmoeting)
   De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inloopfunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.
2. Dagbesteding activering
   Deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.
3. Dagbesteding educatie
   Educatieve dagbesteding heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.
4. Dagbesteding arbeidsmatig
   Bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.
5. Dagbesteding overig
   Alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt, maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd.

Let op:
Het schrijven van tijd is anders voor dagbesteding dan voor diagnostiek- en behandelactiviteiten. De registratie van diagnostiek- en behandelactiviteiten gebeurt in minuten en de registratie van dagbesteding gebeurt in uren.

4.1.3.15 Registreren van dagbesteding

De volgende voorwaarden gelden bij het registreren van dagbesteding:
- Tijdens dagbesteding mag de behandelaar géén direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.
- Tijdens de dagbesteding worden patiënten namelijk niet behandeld of verpleegd.
- Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen.
- Er kan alleen dagbesteding geregistreerd worden als de patiënt ook daadwerkelijk aanwezig is.
- Er zijn voor elk type dagbesteding twee activiteiten beschikbaar: één als het een laag beveiligingsniveau betreft, en één voor een midden, hoog, zeer hoog beveiligingsniveau.

3.1.4.18–3.1.4.23 Verblijf registreren

3.1.4.18 Wie registreert verblijf?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbbc is opgenomen in de dbbc-beroepentabel, mogen binnen de dbbc verblijfsdagen registreren.

Wanneer verblijf registreren?

Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de activiteitencodes die op de openingsdatum van de dbbc in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum hebben. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de dbbc het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code te registreren.

Verblijf registreren: Wat?

Er wordt binnen de dbbc-systematiek onderscheid gemaakt tussen het registreren van behandelactiviteiten en van verblijf. Bij de registratie van een verblijfsprestatie gaat het om een ‘kale verblijfsdag’. In het tarief van een verblijfsprestatie is wel meegenomen dat een patiënt eten en drinken ontvangt en wordt verpleegd en verzorgd, maar niet dat een patiënt wordt behandeld. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag moeten dus apart geregistreerd worden.

3.1.3.20 De verblijfssoort vaststellen

Bij het registreren van een verblijfsdag moet altijd de verblijfssoort[16] worden genoteerd. Het vaststellen van de verblijfssoort gebeurt in drie stappen:
1. De verblijfsintensiteit bepalen
   - Een deelprestatie verblijf kan alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst 20:00 uur is opgenomen (dit geldt zowel bij eerste opname als bij heropname) en ’s nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag.
   - Naast de inzet van verzorgend opvoedkundig en verplegend (VOV-personeel) voorziet de productstructuur voor verblijf in beschrijving van de verblijfszorg. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt is van de 28 prestaties van verblijf degene van toepassing die het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.
2. Het beveiligingsniveau[17] vaststellen
   Met het beveiligingsniveau wordt aangegeven wat het niveau is van de beveiliging die is georganiseerd tijdens het verblijf van de betreffende patiënt, dan wel voor de afdeling waar de patiënt verblijft.
   Er zijn vier beveiligingsniveaus gedefinieerd:
   - Beveiligingsniveau 1: (zeer) laag
   - Beveiligingsniveau 2: gemiddeld (laag en hoog)
   - Beveiligingsniveau 3: hoog
   - Beveiligingsniveau 4: zeer hoog
   Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de niveaus zoals die in bijlage 5 beschreven staan.
3. De verblijfssoort[18] vaststellen

---

[16] Voor extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (EVBG) TTT-patiënten geldt een extra opslag voor verblijf (deze opslag geldt per patiënt per verblijfsdag).
[17] Zie bijlage 8 Verschillen in beveiligingsniveaus.
[18] Voor extreem vlucht- en beheersgevaarlijke (evbg) ttt-patiënten geldt een extra opslag voor verblijf (deze opslag geldt per patiënt per verblijfsdag).

In Tabel 8 is te zien tot welke verblijfssoort de verschillende combinaties van beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit leiden.

Tabel 8: overzicht verschillende verblijfssoorten

Overzicht verschillende verblijfssoorten				
Verblijfsintensiteit	**Beveiligingsniveau**			
	1	**2 (laag/hoog)[1]**	**3**	**4**
Lichte verzorgingsgraad (A)	A1	A2	A3	A4
Beperkte verzorgingsgraad (B)	B1	B2	B3	B4
Matige verzorgingsgraad (C)	C1	C2	C3	C4
Gemiddelde verzorgingsgraad (D)	D1	D2	D3	D4
Intensieve verzorgingsgraad (E)	E1	E2	E3	E4
Extra intensieve verzorgingsgraad (F)	F1	F2	F3	F4
Zeer intensieve verzorgingsgraad (G)	G1	G2	G3	G4

[1] Voor beveiligingsniveau 2 geldt voor zorg, geleverd aan personen die een indicatie 'sglvg++'hebben en verblijven in een setting die voldoet aan de omschrijving 'sglvg++', een hogere NHC toeslag. Voor de omschrijving 'sglvg+': zie bijlage 6.

De verblijfssoort 'A1' vertegenwoordigt dus een beveiligingsniveau 1 in combinatie met een lichte verzorgingsgraad; verblijfssoort 'G4' staat voor de combinatie tussen een beveiligingsniveau 4 en een zeer intensieve verzorgingsgraad.

3.1.4.21 Verblijf registreren als de patiënt niet aanwezig is

Verblijf wordt geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid. Dagen dat de patiënt afwezig is, mogen niet worden geregistreerd als verblijfsprestatie, met uitzondering van de hieronder beschreven gevallen. Uitgangspunt daarbij is dat kosten die gemaakt worden, ook gedeclareerd kunnen worden:

– *Ziekenhuisopname*
  Als een patiënt tijdens zijn verblijf buiten de instelling wordt opgenomen voor een behandeling in het ziekenhuis, mag de instelling maximaal zeven dagen door registreren op de verblijfssoort die van toepassing is.
– *Onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof*
  Als er sprake is van onbegeleid, transmuraal of begeleid verlof mogen deze afwezigheidsdagen geregistreerd worden als dagen die passen bij de verblijfssoort die feitelijk wordt geleverd. Er is geen maximum gesteld aan het aantal dagen dat in dit geval geregistreerd mag worden. Deze situatie geldt alleen voor de forensische zorgtitels 'tbs met dwangverpleging (artikel 37a Sr jo. 37b Sr) ', 'Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (14 Bvt)' en 'Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (13 Bvt).[19]
– *Time-out tbs-gestelde*
  – *Vergoeding aan forensische zorgaanbieders*
    Deze nadere regel geldt alleen voor de forensische zorgtitels 'tbs met dwangverpleging (art. 37a Sr jo. 37b Sr)', 'tbs met proefverlof (art. 51 Bvt)', 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art 38 g Sr)' en 'tbs met voorwaarden (art. 38a Sr).'[20]
    Voor instellingen voor forensische zorg geldt dat als een patiënt in het kader van een time-out tijdelijk wordt teruggeplaatst in een fpc, de afwezigheidsdagen geregistreerd mogen worden op de verblijfssoort die op het moment van overplaatsing of time-outplaatsing van toepassing is. Het gaat om een periode van zeven weken die maximaal nog eens met zeven weken verlengd kan worden. Als er sprake is van meerdere niet aaneengesloten crisisperioden per jaar, die korter zijn dan de tweemaal zeven weken, dan geldt dat er per tbs-gestelde maximaal 14 weken per kalenderjaar vergoeding plaatsvindt voor afwezigheidsdagen in een dergelijke situatie. De zorgverzekeraar vergoedt een zorgaanbieder tijdens een time-out dus maximaal 14 weken per jaar.[21]
  – *Vergoeding aan fpc*
    Het fpc waar een tbs-gestelde geplaatst wordt, registreert de activiteiten, verrichtingen en het verblijf op een eventueel al geopende dbbc. Als er op dat moment geen dbbc geopend is, opent het fpc een initiële dbbc. De benodigde indicatiestelling wordt door het NIFP (achteraf)

[19] Conform verlofbeleidskader TTT.
[20] Wanneer de situatie voorkomt (bijv. bij onderaanneming of bij geïntegreerde instellingen) dat er door twee zorgaanbieders of twee locaties van één zorgaanbieder, op dezelfde dagen, verblijfsdagen geregistreerd moeten worden op dezelfde dbbc kunt u contact opnemen met Divisie Forensische Zorg van het ministerie van Veiligheid en Justitie.
[21] Hieraan stelt de zorgverzekeraar geen verdere eisen of beperkingen.

afgegeven. Wat betreft de duur van de time-out en de vergoeding gelden dezelfde voorwaarden als voor forensische zorgaanbieders.

– *Kortdurende terugplaatsing gedetineerden vanuit ggz naar penitentiaire inrichting (PI)*
Deze nadere regel geldt voor gedetineerden die in een zorginstelling zijn geplaatst en voor wie een tijdelijke terugplaatsing in de PI nodig is. De terugplaatsing is geen sanctie, maar onderdeel van de behandelstrategie wanneer de gestelde voorwaarden zijn overtreden of de behandelrelatie onder druk is komen te staan. In dit geval mogen maximaal 14 dagen geregistreerd worden en moet het bed beschikbaar blijven voor de gedetineerde. Deze situatie is alleen van toepassing op de forensische zorgtitels 'ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr)', 'ISD (art. 38m Sr)', 'Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw', 'Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw' en 'Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw)'.
– *No-show klinisch*
Als een patiënt niet op tijd voor een geplande opname bij de kliniek wordt gebracht om een reden die door de zorgaanbieder niet te beïnvloeden is en er een bed voor hem is vrij gehouden, is er sprake van 'no-show klinisch'. Deze activiteit is opgenomen in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Daarnaast moet óók de juiste verblijfssoort worden geregistreerd, omdat daaraan de kosten zijn verbonden. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt niet naar de locatie wordt gebracht en er is een bed vrijgehouden vallend onder verblijfssoort categorie B3 (beperkte verzorgingsgraad/hoog beveiligingsniveau), dan registreert de zorgaanbieder 'No-show klinisch; 1 dag' en 'Verblijfssoort categorie B3; 1 dag'. Aan het registreren van een 'No-show klinisch' is een maximum gekoppeld van één dag per opname.
– *Onttrekking*
Wanneer de patiënt niet terugkomt na verlof (onttrekking) mag er maximaal één dag van de passende verblijfssoort worden geregistreerd.[22]

3.1.4.24–3.1.4.27 Overige deelprestaties

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen elektroconvulsietherapie (ect), ambulante methadonverstrekking (amv), forensisch psychiatrisch toezicht (fpt) en dagbesteding.

3.1.4.25 Elektroconvulsietherapie

Bij elektroconvulsietherapie (ect) moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij aan deze activiteit besteedt, maar ook het aantal behandelingen ect. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandeltijd. Aan de verrichting ect zijn de volgende kosten toegerekend: materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ect-apparatuur en overige materialen), loonkosten van betrokken behandelaren die niet op de beroepentabel staan (zoals de anesthesist, anesthesieverpleegkundige en verkoeververpleegkundige) en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verkoeverkamer.
Als er sprake is van ect, dan bevat de dbbc dus altijd twee zaken:
– Verrichting ect: het aantal behandelingen ect wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst;
– Activiteit elektroconvulsietherapie: beroepen die voorkomen op de beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ect (Behandeling Fysische therapie Elektroconvulsietherapie).

Is dat niet het geval, dan valt de dbbc uit in de validatie.

3.1.4.26 Ambulante verstrekking van methadon

Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij aan deze activiteit besteedt, maar ook het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandeltijd. Het tarief van de verrichting 'ambulante methadon' is vastgesteld op basis van de gemiddelde inkoopprijs voor het medicijngebruik en is een vergoeding voor de medicijnkosten van de stof methadon per maand.
Bij de verstrekking van methadon moeten er dus twee zaken geregistreerd worden:
– *Verrichting ambulante methadon:* de behandelaar moet het aantal ambulante verstrekkingen van methadon registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid methadon en frequentie van de verstrekkingen.
– *Activiteit farmacotherapie:* bij de ambulante verstrekking van Methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit 'farmacotherapie'.

[22] Conform handleiding P&C forensisch psychiatrische centra.

Is dat niet het geval, dan valt de dbbc uit in de validatie.

Let op: Klinische verstrekking van methadon kan niet worden gedeclareerd. De kosten van klinisch verstrekte methadon worden versleuteld in het tarief van verblijfsdagen.

3.1.4.27 Forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)

Op een vervolg-dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' en 'fpt voorwaardelijke beëindiging' mogen activiteiten geregistreerd worden die in verband staan met de begeleiding tijdens het forensische psychiatrisch toezicht. De behandelaar moet steeds twee zaken registreren:

De verrichting fpt kan geregistreerd worden om de kosten te vergoeden van de behandel- en begeleidingsactiviteiten en verrichtingen die in het kader van het fpt door een fpc uitgevoerd worden. De verrichting kan geregistreerd worden per patiënt per dag dat een vervolg-dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend is.[23]

Let op:
Als er tijdens de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging een time-out optreedt, dan moet de dbbc met het zorgtype fpt gesloten worden en mag er dus geen verrichting fpt per dag geregistreerd worden.

Een behandelaar moet de activiteiten registreren die uitgevoerd worden in het kader van de fpt van een specifieke patiënt. Het verschilt per zorgtype welke activiteiten wel en niet geregistreerd kunnen worden. In tabel 9 is aangegeven welke activiteiten geregistreerd mogen worden op een dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging'.

Als er geen sprake is van een time-out en de patiënt dus buiten het fpc verblijft, kunnen er geen verblijfsdagen geregistreerd worden. Wanneer de patiënt wordt teruggeplaatst binnen het fpc vanwege een time-out mogen er wel verblijfsdagen geregistreerd worden. Tijdens de fase proefverlof gebeurt dat op een nieuw te openen dbbc 'tbs met proefverlof' en tijdens de fase voorwaardelijke beëindiging op een nieuw te openen dbbc met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.

Tijdens de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging mogen er, met het optreden van een time-out, geen verrichtingen fpt geregistreerd worden.

Tabel 9 Activiteiten en verrichtingen in combinatie met fpt

Proefverlof		Voorwaardelijke beëindiging	
Geen time-out Zorgtype 'fpt proefverlof' (244)	Time-out Zorgtype 'TBS met proefverlof' (125/225)	Geen time-out Zorgtype 'fpt voorwaardelijke beëindiging' (245)	Time-out Zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege' (126/226)
– Eén verrichting fpt per dag – Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van fpt (behalve verblijfsdagen)	– Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van time-out (inclusief verblijfsdagen)	– Eén verrichting fpt per dag – Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van fpt (behalve verblijfsdagen)	– Alle activiteiten en verrichtingen in het kader van time-out (inclusief verblijfsdagen)

3.1.5 Sluiten

3.1.5.1 Wie sluit de dbbc?

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een dbbc sluiten.

3.1.5.2 Waarop controleren bij afsluiting?

Bij het afsluiten van een dbbc moet de hoofdbehandelaar deze controleren (of laten controleren onder zijn of haar verantwoordelijkheid) op de volgende punten:
- de dbbc is ingevuld conform deze nadere regel

[23] Om de behandel- en begeleidingsactiviteiten en verrichtingen die in het kader van het fpt door een fpc uitgevoerd worden te mogen vergoeden, moeten inkoopafspraken met de zorgverzekeraar worden gemaakt. Het fpc kan dan een dbbc met het zorgtype 'fpt' openen en voor elke dag een verrichting fpt registreren.

- de dbbc bevat de juiste informatie
- de typering is ingevuld
- de diagnose is ingevuld
- de GAF-score is ingevuld
- er is een geldige sluitreden gebruikt

Als één of meer van bovenstaande punten niet of niet correct is ingevoerd, mag de dbbc niet worden afgesloten.

Let op: Als de dbbc wordt gesloten met sluitreden 5, kan de dbbc zonder weergave van een diagnose-classificatie en gevaartypering afgesloten worden.

3.1.5.3 Afsluitredenen

Bij het sluiten van een dbbc moet één van de volgende acht redenen worden geregistreerd:

Tabel 10: Sluitredenen

Sluitredenen	
Code	**Beschrijving**
1	Reden voor afsluiten bij patiënt/niet bij behandelaar
2	Reden voor afsluiten bij behandelaar/om inhoudelijke redenen
3	In onderling overleg beëindigd zorgtraject/patiënt uitbehandeld
4	Afsluiten dbbc vanwege openen vervolg-dbbc
5	Afsluiting na alleen pre-intake/intake/diagnostiek/crisisopvang
6	Reden voor afsluiten door beëindigen strafrechtelijke titel
7	Reden voor afsluiten door onvoorziene beëindiging strafrechtelijke titel
8	Time-out

Wanneer moet een dbbc worden afgesloten, en met welke sluitreden?

1. Sluitreden 1: een dbbc afsluiten als de situatie van de patiënt verandert. Dit is het geval als de patiënt:
   - is overleden. De dbbc moet worden gesloten op de dag van overlijden.
   - is verhuisd naar een andere regio.
   - tegen het advies van de behandelaar in langdurig niet meer is op komen dagen, niet meewerkt aan de behandeling en/of de door de rechter opgelegde voorwaarden overtreedt.
   - 365 dagen geen zorg meer heeft ontvangen.
2. Sluitreden 2
   (Reden voor afsluiting bij behandelaar om inhoudelijke redenen).
   Als de behandelaar de patiënt voor de behandeling van dezelfde primaire diagnose terug- dan wel doorverwijst naar een andere instelling, moet hij de lopende dbbc sluiten.
   Sluitreden 2 moet ook gebruikt worden als er een nieuw plaatsingsbesluit is afgegeven door een veranderde zorgvraag, maar de zorg geleverd blijft worden door dezelfde zorgaanbieder.
3. Sluitreden 3
   (In onderling overleg beëindigd zorgtraject/patiënt uitbehandeld).
   Als de behandelaar en patiënt in onderling overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd, moet de behandelaar de lopende dbbc sluiten.
4. Sluitreden 4.
   (Afsluiten vanwege openen vervolg-dbbc).
   Als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt en de behandeling nog niet afgerond is (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er moet een vervolg-dbbc worden geopend.
   Sluitreden 4 moet ook gebruikt worden als een patiënt overgaat naar de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging en er ook geen sprake is van een time-out. Hier geldt niet dat de dbbc 365 dagen open moet hebben gestaan. Er moet een vervolg-dbbc te worden geopend met het zorgtype ‘fpt proefverlof’ of het zorgtype ‘fpt voorwaardelijke beëindiging’.
5. Sluitreden 5
   (Afsluiten na alleen pre-intake/intake/diagnostiek)
   Als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg komt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een dbbc met het zorgtype ‘verdiepingsdiagnostiek’.
6. Sluitreden 6
   Reden voor afsluiten is het beëindigen van de strafrechtelijke titel. Als de strafrechtelijke titel van de patiënt afloopt en geleverde zorg niet meer onder de fz in strafrechtelijk kader valt moet de

dbbc afgesloten worden. Als er verdere zorg nodig is, wordt deze geleverd in het kader van de wet Zvw, Wlz of WMO.
Let op: Bij deze reden van afsluiten mogen de activiteiten die uitgevoerd zijn na de einddatum van de strafrechtelijke titel niet meer op de dbbc geregistreerd worden.
Deze sluitreden moet ook gebruikt worden als een bekende patiënt in zorg is in het kader van een voorgenomen indicatiestelling en een strafrechtelijke titel krijgt opgelegd. De dbbc met het zorgtype 'voorgenomen indicatiestelling' wordt gesloten. Vervolgens wordt een nieuwe initiële dbbc met één van de 21 strafrechtelijke titels geopend.

7. Sluitreden 7
   Reden voor afsluiting is de onvoorziene beëindiging van de strafrechtelijke titel.
   Als de strafrechtelijke titel van de patiënt onvoorzien wordt beëindigd en de zorgaanbieder kon dit zes weken voor de beëindigingdatum niet weten, moet de dbbc met deze sluitreden gesloten worden. Voorbeeld: contraire beëindiging van een tbs-maatregel, onmiddellijke invrijheidsstelling of het overlijden van de patiënt. De aanspraak fz vervalt dan op de datum van de definitieve uitspraak van de zitting of op de datum van overlijden.
   – In dit geval mogen maximaal twee weken na de einddatum van de strafrechtelijke titel nog uitgevoerde activiteiten geregistreerd worden. Hiervoor geldt een maximum van tien uur indirecte tijd en twee uur directe tijd. Het registreren van verblijf, dagbesteding en verrichtingen is niet meer mogelijk.
   – Als het gaat om het zorgtype 'voorgenomen indicatiestelling' en er een CIZ-indicatie is aangevraagd, mogen er nog maximaal zes weken activiteiten geregistreerd worden na de einddatum van de strafrechtelijke titel.
8. Sluitreden 8
   (Afsluiten vanwege Time-out).
   Als een time-out optreedt tijdens de fase proefverlof of fase voorwaardelijke beëindiging, moet de dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' of 'fpt voorwaardelijke beëindiging' worden gesloten. Vervolgens wordt tijdens proefverlof een vervolg-dbbc met het zorgtype 'tbs met proefverlof' geopend en tijdens voorwaardelijke beëindiging een vervolg-dbbc met het zorgtype 'Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege'.

Een zorgtraject sluiten

Het zorgtraject moet gesloten worden wanneer een patiënt 365 dagen niet in zorg is geweest. Het zorgtraject moet dus 365 dagen na sluitingsdatum van de laatste dbbc gesloten worden.

Artikel 4

4.3.10 Informatiebepalingen

De specificaties van het plaatsingsbesluitnummer zijn als volgt:
– De vorm is negen tekens alfanumeriek.
– De plaatsingsbesluitnummers staan in de webapplicatie 'Informatievoorziening fz' (Ifzo).
– Als er een plaatsingsbesluitnummer is aangeleverd aan de zorgaanbieder dan is het invullen ervan op de factuur verplicht.
– Het plaatsingsbesluitnummer wordt beheerd door het ministerie van VenJ.

BIJLAGE 2: ZORGTYPEN

Initiële en vervolg-dbbc's		
Code initieel	**Code vervolg**	**Zorgtype**
121	221	Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo. 39 Sr)
122	222	tbs met dwangverpleging (art. 37a jo. 37b Sr)
123	223	Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
124	224	Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt)
125	225	tbs met proefverlof (art. 51 Bvt)
126	226	Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr)
127	227	tbs met voorwaarden (art. 38a Sr)
128	228	Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)
129	229	Sepot met voorwaarden (art. 167 Sv)
130	230	Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv)
131	231	Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 Sv)
132	232	Plaatsing t.b.v. pro-justitia rapportage (art. 196/317 Sv)
133	233	Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw
134	234	Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw
135	235	ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr)
136	236	ISD (art. 38 m Sr)
137	237	Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw)
138	238	Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
140	240	Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen
141	241	Voorwaardelijke Invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr)
142	242	Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257A Sv lid 3)
143	243	Voorgenomen indicatiestelling
144	244	Fpt proefverlof
145	245	Fpt voorwaardelijke beëindiging
146	–	Verdiepingsdiagnostiek
148	248	Bevel voorlopige verpleging (art 509i Sv)
149	249	Bevel aanhouding (art 509h Sv)
150	–	Overgang naar DSM-5

Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo. 39 Sr) – 121 of 221

Een dbbc met dit zorgtype bevat activiteiten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Tbs met dwangverpleging (art. 37a jo. 37b Sr) – 122 of 222

'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen dbbc openen met zorgtype tbs met dwangverpleging. Een dbbc met dit zorgtype kan niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (14 Bvt)- 123 of 223

'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen dbbc met dit zorgtype openen. Er kan geen dbbc geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar. Daarnaast moet er bij een initiële dbbc activiteiten geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep.

Tijdelijke plaatsing ter observatie in psychiatrisch ziekenhuis (13 Bvt)- 124 of 224

'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen dbbc met dit zorgtype openen. Een initiële dbbc met dit zorgtype moet een opname bevatten en er moeten activiteiten geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-dbbc met dit zorgtype niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Tbs met proefverlof (art. 51 Bvt) – 125 of 225

Bij een initiële dbbc met tbs met proefverlof moeten activiteiten geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als

een vervolg-dbbc met dit zorgtype niet geopend worden bij patiënten jonger dan 16 jaar of door ‘Zelfstandig Gevestigde Praktijken’.

Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g Sr) – 126 of 226

Een initiële of vervolg-dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-dbbc met dit zorgtype niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar of door ‘Zelfstandig Gevestigde Praktijken’.

Tbs met voorwaarden (art. 38a Sr) – 127 of 227

Wanneer er sprake is van een strafrechtelijke titel tbs met voorwaarden, moet een dbbc geopendworden met dit zorgtype. Een initiële of vervolg-dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Daarnaast kan zowel een initiële als een vervolg-dbbc met dit zorgtype niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar of door ‘Zelfstandig Gevestigde Praktijken’.

Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr) – 128 of 228

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Sepot met voorwaarden (art. 167/244 Sv) – 129 of 229

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv) – 130 of 230

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 Sv) – 131 of 231

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Plaatsing ten behoeve van pro-justitia rapportage (art. 196/317 Sv) – 132 of 232

Een initiële of vervolg-dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep en mag niet worden geopend voor patiënten onder de 16 jaar. Ook mag een dbbc met dit zorgtype niet meer dan 49 dagen verblijf bevatten.

Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis van een gedetineerde met toepassing van artikel 15 lid 5 van de Pbw – 133 of 233

Voor een dbbc met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

Overbrenging van een gedetineerde op basis van artikel 43 lid 3 van de Pbw – 134 of 234

Voor een dbbc met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

ISD met voorwaarden (art. 38p lid 5 Sr) – 135 of 235

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

ISD (art. 38 m Sr) – 136 of 236

Voor een dbbc met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

Penitentiair programma met zorg (art. 15 lid 2 Pbw) – 137 of 237

Voor een dbbc met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

Interne overplaatsing op zorgafdeling in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw) – 138 of 238

Een initiële of vervolg-dbbc met dit zorgtype moet opnamedagen bevatten. Ook moet een initiële dbbc met dit zorgtype activiteiten bevatten die door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep geregistreerd zijn.

Poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen – 140 of 240

Voor een dbbc met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

Voorwaardelijke Invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr) – 141 of 241

Voor een dbbc met dit zorgtype gelden geen extra voorwaarden.

Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257 lid 3 Sv)- 142 of 242

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. Er wordt geen dbbc geopend voor patiënten jonger dan 16 jaar.

Voorgenomen indicatiestelling – 143 of 243

De voorgenomen indicatiestelling biedt de mogelijkheid om een patiënt naar fz toe te leiden terwijl er (nog) geen sprake is van een strafrechtelijke titel. Deze nadere regel is bedoeld voor situaties waar escalatie dreigt in de (thuis)situatie en kan alleen worden geïndiceerd door de reclassering. De zorgvormen waarnaar in deze situaties kan worden toe geleid, beperken zich tot die waarvoor de reclassering mag indiceren: ambulante zorg en RIBW.

Fpt proefverlof – 144[24] of 244

Dit zorgtype is van toepassing wanneer de behandeling van een tbs-patiënt zich in de fase proefverlof bevindt. Binnen een initiële of vervolg-dbbc met het zorgtype ‘fpt proefverlof’ worden contacten geregistreerd waarbij een patiënt doorgaans niet in het fpc verblijft. Als een patiënt overgaat naar een andere fase of overgaat naar reguliere behandeling, moet de dbbc met dit zorgtype gesloten worden. dbbc’s met het zorgtype ‘fpt proefverlof’ kunnen geen verblijfsdagen bevatten. Er kan elke dag een verrichting fpt worden geregistreerd op een dbbc met dit zorgtype.

Fpt voorwaardelijke beëindiging – 145[25] of 245

Dit zorgtype is van toepassing wanneer de behandeling van een tbs-patiënt zich in de fase voorwaardelijke beëindiging bevindt. Binnen een vervolg-dbbc met het zorgtype ‘fpt voorwaardelijke beëindiging’ worden contacten geregistreerd waarbij een patiënt doorgaans niet in het fpc verblijft. Als een patiënt overgaat naar een andere fase of overgaat naar reguliere behandeling, moet de vervolg-dbbc met dit zorgtype gesloten worden. Vervolg-dbbc’s met het zorgtype ‘fpt voorwaardelijke beëindiging’ kunnen geen verblijfsdagen bevatten. Er kan elke dag een verrichting fpt worden geregistreerd op een vervolg-dbbc met dit zorgtype.

Verdiepingsdiagnostiek – 146[26]

Verdiepingsdiagnostiek is, naast de voorgenomen indicatiestelling, ook een manier om een patiënt naar fz toe te leiden zonder dat er sprake is van een strafrechtelijke titel. Verdiepingsdiagnostiek wordt

[24] Voor patiënten die gedurende het fpt proefverlof worden overgeplaatst naar een andere zorgaanbieder moet een initiële dbbc geopend worden. De patiënt is immers voor het eerst in zorg bij deze zorgaanbieder.
[25] Voor patiënten die gedurende het fpt voorwaardelijke beëindiging worden overgeplaatst naar een andere zorgaanbieder moet een initiële dbbc geopend worden. De patiënt is immers voor het eerst in zorg bij deze zorgaanbieder.
[26] Er is geen vervolgvariant van verdiepingsdiagnostiek. Verdiepingsdiagnostiek bestaat uit activiteiten en verrichtingen die aan het begin van een behandeltraject worden ingezet.

ingezet bij verdachten waarbij er aanwijzingen zijn van psychische problemen, verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking of een combinatie ervan. Bij deze verdachten wordt door een forensische polikliniek psychologisch en/of psychiatrisch diagnostisch onderzoek uitgevoerd. Een dbbc met dit initiële zorgtype moet minimaal directe tijd bevatten op diagnostische activiteiten. Hiernaast mogen activiteiten op pre-intake, intake en/of algemeen indirecte tijd worden geregistreerd. Deze activiteiten moeten worden geregistreerd door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep en een dbbc met dit zorgtype mag niet worden geopend voor patiënten onder de 16 jaar.

Bevel voorlopige verpleging (art 509i Sv) – 148 of 248

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. 'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen dbbc openen met zorgtype Bevel voorlopige verpleging. Een dbbc met dit zorgtype kan niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar. Een dbbc met dit zorgtype moet verblijfsdagen bevatten.

Bevel aanhouding (art 509h Sv) – 149 of 249

Een dbbc met dit zorgtype moet activiteiten bevatten die geregistreerd zijn door een medisch, psychologisch, verpleegkundig of psychotherapeutisch beroep. 'Zelfstandig Gevestigde Praktijken' kunnen geen dbbc openen met zorgtype Bevel aanhouding. Een dbbc met dit zorgtype kan niet geopend worden voor patiënten jonger dan 16 jaar. Een dbbc met dit zorgtype moet verblijfsdagen bevatten.

Overgang DSM-5 – 150

Dit zorgtype moet gebruikt worden voor een lopende behandeling die in 2017 wordt voortgezet met een nieuw zorgtraject en een initiële dbbc door de overgang naar DSM-5.

BIJLAGE 3: VASTLEGGEN AARD VAN DELICT

Delictclassificatie (delicten volgens het BooG instrument)	
Cluster	**Omschrijving delict**
0: Preventief gehecht, Voorgenomen indicatiestelling[1]	Er is geen definitieve uitspraak
1: Opium	Opiumdelict
2: Licht geweld	Belediging groep
	Aanzetten tot discriminatie
	Grafschennis
	Wederspannigheid
	Valse aangifte
	Smaadschrift
	Mishandeling
	Vernieling
3: Vermogen & Profijt	Schuldheling
	Omkopen ambtenaar
	Verduistering
	Oplichting
	Flessentrekkerij
	Onttrekken goederen aan beslag
	Diefstal
	Verduistering in dienstbetrekking
	Heling
	Verduistering door voogd o.d.
	Gewoonteheling
	Omkopen rechter
	Fraude
	Diefstal met braak/in vereniging
	Mensenhandel
	Deelname misdadige organisatie
	Valsmunterij
	Uitgeven vals geld
	Verontreinigen lucht en bodem
4: Midden geweld	Bedreiging
	Belaging
	Hulp bij zelfdoding
	Mishandeling met voorbedachten rade
	Wapenbezit
	Intimidatie
	Openlijke geweldpleging
	Opruiing
	Onttrekking minderjarige aan het gezag

Delictclassificatie (delicten volgens het BooG instrument)	
Cluster	**Omschrijving delict**
5: Vermogen met geweld	Diefstal met geweld
	Afpersing
6: Zwaar geweld	Vrijheidsberoving
	Zware mishandeling
	Zware mishandeling voorbedachten rade
	Gijzeling
7: Zeden	Kinderporno
	Verleiding minderjarige tot ontucht
	Ontucht met misbruik van gezag
	Ontucht met een wilsonbekwame
	Gemeenschap <16 jaar
	Aanranding
	Gemeenschap met wilsonbekwame
	Gemeenschap < 12 jaar
	Verkrachting
8: Leven	Kinderdoodslag
	Kindermoord
	Doodslag
9: Brand & Drinkwater	Brandstichting
	Vergiftigen van drinkwater
10: Leven extra	Doodslag gecombineerd met een ander delict
	Moord

[1] Dit cluster komt niet voor in BooG, maar is toegevoegd aangezien de aard van het delict voor de dbbc registratie nog niet altijd bekend is.

BIJLAGE 4: ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
1. Pré-intake		**Tijdschrijven**	**Ja**	**Nee**	**Ja**	**Nee**	**Ja**
2. Diagnostiek		**Tijdschrijven**	**Nee**				
2.1	Intake & screening	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.2	Verwerven informatie van eerdere behandelaars	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.3	Anamnese/vragenlijsten	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.4	Hetero anamnese	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.5	Psychiatrisch onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6	Psychodiagnostisch onderzoek	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
2.6.1	Intelligentie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.2	Neuropsychologisch	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.6.3	Persoonlijkheid	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.7	Orthodidactisch onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.8	Vaktherapeutisch onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.9	Contextueel onderzoek (gezin, school, etc)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.10	Lichamelijk onderzoek	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.11	Aanvullend onderzoek: lab, rad, klin.neur.)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.12	Advisering	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.13	Overige diagnostische activiteiten	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2.14	Risicotaxatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Behandeling		**Tijdschrijven**	**Nee**				
3.1	*Communicatieve behandelcontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*				
3.1.1	Follow up behandelcontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2	Steunend en structurerend behandelcontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3	Psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1	Psychoanalyse	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2	Psychodynamische psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
3.1.3.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3	Gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.3.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.3.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.3.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4	Cognitieve gedragstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5	Interpersoonlijke therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6	Patiëntgerichte therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7	Systeemtherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.7.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
3.1.3.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8	Overig psychotherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.3.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.3.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.3.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4	Overige (communicatieve) behandeling	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.1.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.1.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.1.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.2	*Farmacotherapie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
3.3	*Fysische therapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.3.1	Elektroconvulsietherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.2	Lichttherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.3	Transcraniële magnetische stimulatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.4	Overig behandeling fysische technieken	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.5	Deep brain stimulation	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.3.6	Neurofeedback	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4	*Vaktherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.4.4	Beeldende therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.4.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.4.5	Danstherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
3.4.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.5.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.5.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.6	Dramatherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	
3.4.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
3.4.6.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.6.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.7.	Muziektherapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	
3.4.7.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.7.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.7.4.	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.7.5.	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.7.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.7.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.8.	Psychomotorische therapie	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	
3.4.8.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.8.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.8.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individu	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.8.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.8.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	
3.4.8.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	ja
3.5	*Fysiotherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.5.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.5.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.5.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6	*Ergotherapie*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
3.6.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3.6.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
3.6.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Begeleiding		**Tijdschrijven**	**Nee**				
4.1	*Activerend begeleidingscontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.1.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.1.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.1.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2	*Ondersteunend begeleidingscontact*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.2.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
4.2.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.2.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.2.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.3	*Beveiligende begeleiding*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.3.1	Met patiënt (verlofbegeleiding)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.3.2	Zonder patiënt (verlofcontrole)	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4	*Financiële/fiscale begeleiding*	*Tijdschrijven*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
4.4.1	Patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4.2	Patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.4.4	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4.5	Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4.4.6	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
4.4.7	Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Verpleging		**Tijdschrijven**	**Nee**				
5.1	*Verpleging*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
7. Algemeen indirecte tijd		**Tijdschrijven**	**Nee**				
7.1	*Zorgcoördinatie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.2	*No show*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Ja*	*Nee*
7.3	*Interne patiëntbespreking (MDO)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.5	*Verslaglegging algemeen (b.v. correspondentie, brief)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.7	*Regelen tolken*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.8	*Dossierstudie*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Nee*	*Ja*
7.9	*Extern overleg met derden (buiten de instelling)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
7.10	*Activiteiten ivm juridische procedures (b.v. IBS, Bopz)*	*Tijdschrijven*	*Ja*	*Nee*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
8. Verblijf (per verblijfsdag)		**Verblijfsdag**	**Nee**				
8.5	*Verblijf forensisch*	*Verblijfsdag*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
8.5.20	Verblijfssoort A1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.21	Verblijfssoort A2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.22	Verblijfssoort A3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.23	Verblijfssoort A4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.24	Verblijfssoort B1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.25	Verblijfssoort B2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.26	Verblijfssoort B3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.27	Verblijfssoort B4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.28	Verblijfssoort C1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.29	Verblijfssoort C2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.30	Verblijfssoort C3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.31	Verblijfssoort C4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.32	Verblijfssoort D1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.33	Verblijfssoort D2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.34	Verblijfssoort D3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.35	Verblijfssoort D4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.36	Verblijfssoort E1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.37	Verblijfssoort E2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee

Activiteit		Soort	Selecteerbaar?	Mag direct?	Mag indirect?	Mag reistijd?	Mag groep?
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING							
8.5.38	Verblijfssoort E3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.39	Verblijfssoort E4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.40	Verblijfssoort F1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.41	Verblijfssoort F2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.42	Verblijfssoort F3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.43	Verblijfssoort F4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.44	Verblijfssoort G1	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.45	Verblijfssoort G2	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.46	Verblijfssoort G3	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.47	Verblijfssoort G4	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
8.5.7	No show klinisch	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9. Dagbesteding		**Dagbesteding**	**Nee**				
9.11	Dagbesteding sociaal (ontmoeting) (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.12	Dagbesteding sociaal (ontmoeting) (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.13	Dagbesteding activering (dagactiviteiten) (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.14	Dagbesteding activering (dagactiviteiten) (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.15	Dagbesteding educatie (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.16	Dagbesteding educatie (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.17	Dagbesteding arbeidsmatig (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.18	Dagbesteding arbeidsmatig (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.19	Dagbesteding overig (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
9.20	Dagbesteding overig (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
10. Verrichting		**Verrichting**	**Nee**				
10.1	*Elektroconvulsietherapie*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10.2	*Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)*	*Verrichting*	*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10,4	*Forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)*		*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*
10.5	*sglvg+*		*Ja*	*Nee*	*Nee*	*Nee*	*Nee*

Definities activiteiten en verrichtingen

Diagnostiek en behandeling en behandeling

1. **Pré-intake**
   Op deze activiteit wordt de indirect patiëntgebonden tijdsbesteding geschreven die wordt besteed aan patiënten voorafgaand aan de intake. Het is mogelijk dat een dbbc met alleen pré-intake niet leidt tot een vervolgtraject en dus niet verder getypeerd zal worden. De dbbc kan dan worden afgesloten met reden van sluiten pré-intake, intake of diagnostiek. Voorbeelden zijn: een patiënt proberen te bereiken voor een eerste afspraak, overleg met de verwijzer over de geschiktheid voor verwijzing van een potentiële patiënt. Onder pré-intake mogen geen activiteiten in het kader van openbare ggz of preventie worden geschreven. Op pré-intake kan alleen indirect patiëntgebonden tijd worden geregistreerd. Omdat er op een dbbc altijd direct patiëntgebonden tijd moet zijn geregistreerd, is een dbbc met alleen de activiteit pre-intake niet mogelijk.
2. **Diagnostiek**
   Dit onderdeel omvat alle activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag. Onder diagnostiek onderscheiden we de volgende activiteiten:
   – Intake/screening: alle (gespreks)activiteiten gericht op verduidelijking van de klachten en van de zorgvraag.

- Verwerven informatie van eerdere behandelaars.
- Anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de patiëntdoor middel van gesprekken en vragenlijsten.
- Hetero-anamnese: het verzamelen van alle noodzakelijke diagnostische informatie bij de partner, familie of andere relaties van de patiënt door middel van gesprekken en vragenlijsten.
- Psychiatrisch onderzoek.
- Psychodiagnostisch onderzoek (intelligentie, neuropsychologisch, persoonlijkheid).
- Orthodidactisch onderzoek.
- Vaktherapeutisch onderzoek.
- Contextueel onderzoek (gezin, school, et cetera): inschatten van de invloed/beperkingen/mogelijkheden van gezin, school of andere voor het kind/de jeugdige betekenisvolle milieu's.
- Lichamelijk onderzoek.
- Aanvullend onderzoek (laboratorium, radiologie, klinische neurofysiologie, nucleaire geneeskunde): de behandelaar registreert de patiëntgebonden tijd die hij besteedt aan het aanvragen en (laten) uitvoeren van aanvullend onderzoek.
- Advisering: diagnostische bevindingen en beleidsadvies bespreken met betrokkenen en gezamenlijk het verdere beleid bepalen.
- Overige diagnostische activiteiten.
- Risicotaxatie: bij het taxeren van de verschillende typen gevaar wordt er vanuit gegaan dat gebruik wordt gemaakt van één van de instrumenten die zijn voorgeschreven in deze nadere regel.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende direct en indirect patiëntgebonden tijd geschreven.

3. **Behandeling**

Artikel 2.4 Bzv 1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...).

a. Communicatieve behandeling: hieronder wordt iedere vorm van behandeling verstaan waarbij communicatie op zichzelf het belangrijkste instrument is om tot vermindering van klachten of symptomen te komen. Het begrip omvat wat vroeger ook wel 'gespreksbehandeling' werd genoemd, maar biedt tevens ruimte voor elektronische of schriftelijke communicatie en voor non-verbale communicatietechnieken.
De categorie communicatieve behandeling is onderverdeeld in de volgende groepen:
   - *Follow-up behandelingscontact*: hierbij wordt het beloop van de klachten en symptomen vastgelegd in het vervolg op een eerder ingestelde behandeling van welke soort dan ook. Zo nodig wordt de eerder ingestelde behandeling aangepast en worden adviezen gegeven met betrekking tot het dagelijks functioneren van de patiënt.
   - *Steunend en structurerend behandelingscontact*: ter vermindering van klachten en symptomen en verandering van habituele gedragspatronen, wordt gericht gebruik gemaakt van empathie, confrontatie, cognitieve herordening en gedragsveranderende technieken.
   - *Psychotherapie*: is opgesplitst in een aantal mogelijke soorten psychotherapie. Met name die vormen zijn genoemd die steunen op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek of op de professionele traditie. Daarnaast is een categorie 'overig' opgenomen (denk bijvoorbeeld aan vormen van psychotherapie die niet in de registratielijst worden genoemd zoals kinderpsychotherapie, familieopstellingen, milieutherapie et cetera).
   - *Overige (communicatieve) behandelcontacten*: betreffen alle activiteiten die vallen onder communicatieve behandeling maar niet zijn te plaatsen onder de hierboven genoemde groepen. Onder deze categorie kunnen we onder andere de volgende activiteiten rekenen: psycho-educatie, training patiënten, ouder-groepstraining, videohometraining, instructies, et cetera. Ook de somatische activiteiten en logopedie kunnen onder deze activiteit worden weggeschreven.

Op deze activiteiten wordt alle daarmee samenhangende patiëntgebonden tijd geschreven.

b. Farmacotherapie: dit betreft de medicamenteuze behandeling van psychiatrische en somatische aandoeningen bij patiënten (zowel klinisch als ambulant). Op deze activiteit wordt de directe en indirect patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot het voorschrijven en toepassen van farmacotherapie (het consult).

c. Fysische therapie: dit betreft de behandeling met behulp van fysische technieken. Daarbij worden fysische stimuli (zoals elektriciteit, magnetische golven et cetera) op (delen van) de hersenen gericht. De toediening van de stimuli kan binnen de schedel plaatsvinden, door de schedel heen of via afferente zenuwbanen. Deze vormen van behandeling zijn sterk in ontwikkeling.
De volgende vormen van fysische therapie zijn opgenomen:
   - Elektroconvulsietherapie
   - Lichttherapie
   - Transcraniele magnetische stimulatie
   - Overig behandeling fysische technieken
   - Deep brain stimulation

– Neurofeedback

De behandelaren registreren de door hen bestede patiëntgebonden tijd op deze activiteiten. Voor elektroconvulsietherapie geldt dat de materiële kosten en de inzet van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel (bijvoorbeeld anesthesist, verkoeververpleegkundige) in kaart worden gebracht via registratie van een verrichting/behandeling ect.

d. Vaktherapie: Dit is een behandelvorm voor mensen met psychiatrische stoornissen en psychosociale en fysieke problematiek, waarbij methodisch gebruik gemaakt wordt van een ervaringsgerichte werkwijze. De vakdisciplines zijn: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Vaktherapie wordt uitgeoefend door beeldende-, dans-, drama-, muziek- en psychomotorische therapeuten die hiertoe een opleiding hebben afgerond aan een erkende opleiding tot een vak-therapeutisch beroep. Systematische inzet van werkvormen, materialen en technieken in de genoemde disciplines zijn het voertuig voor de beroepsuitvoering. De problematiek van de cliënt komt 'al doende' naar voren en leidt tot ervaringen die effect hebben op de problematiek.
Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat vaktherapie binnen de geneeskundige ggz alleen aangeboden kan worden als onderdeel van een multidisciplinaire behandeling, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

e. Fysiotherapie: Het betreft hier fysiotherapie ter behandeling van de stoornis zoals geregistreerd in de ggz-dbbc. Het gaat om activiteiten zoals die ook terug te vinden zijn in de beleidsregel Prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie.

f. Ergotherapie: op deze activiteit wordt de patiëntgebonden tijd geschreven met betrekking tot ergotherapeutische behandeling zoals bedoeld in de NZa-tarievenlijst ziekenhuizen.

4. **Begeleiding**

Begeleiding betreft methodisch verantwoorde beïnvloeding (doelgericht, bewust, procesmatig en systematisch) van een patiënt of patiëntsysteem, waarbij de verantwoording ligt bij de patiënt. In tegenstelling tot behandeling is het niet gericht op fundamentele verbetering maar op emotionele opvang, herstel of verbetering in sociaal functioneren geplaatst tegen de achtergrond van een reëel perspectief.

a. Activerende begeleiding: dit omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek.

b. Ondersteunende begeleiding (OB): omvat ondersteunende activiteiten in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.

c. Beveiligende (verlof)begeleiding: begeleiding van medewerkers uit de instelling, niet zijnde beveiligingsmedewerkers, met en zonder patiënt. Het betreft hier niet methodisch verantwoorde beïnvloeding, maar fysieke begeleiding in verband met het gevaar. (Verlof)begeleiding met de patiënt kan worden uitgevoerd door behandelaren die binnen de instelling werken waar de patiënt wordt behandeld. Onder de activiteit beveiligende begeleiding zonder patiënt kan tijd worden geschreven die nodig is om de verlofcontrole uit te voeren (bijvoorbeeld bellen naar het adres waar de patiënt geacht wordt zich te bevinden).

d. Financiële en fiscale begeleiding: hieronder kan de tijd worden geregistreerd die wordt besteed aan de financiële en fiscale begeleiding van patiënten. Te denken valt aan belastingaangifte, financieel advies, schuldinventarisatie, etc.

5. **Verpleging**

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling (conform artikel 1.1.1 Wlz).

6. **Algemeen indirecte tijd**

a. Zorgcoördinatie: zorgcoördinatie heeft ten doel om alle zorg die een individuele patiënt van de eigen instelling met complexe problematiek op enig moment nodig zou kunnen hebben voor hem/haar beschikbaar te kunnen maken en op elkaar af te stemmen. De tijdsbesteding aan alle activiteiten die in dit kader ten behoeve van deze individuele patiënt worden uitgevoerd, wordt op deze activiteit geregistreerd. Behandelaren kunnen hun tijd op de activiteit zorgcoördinatie verantwoorden als er sprake is van coördinerende activiteiten ten behoeve van de patiënt 'over de muren van de afdeling of instelling heen'.
Dit kan betrekking hebben op:
– ofwel coördineren van de zorg van verschillende behandelaren of afdelingen binnen een instelling;
– ofwel coördineren van de zorg van de eigen zorginstelling en andere zorginstellingen en instanties.

Alle overige coördinerende activiteiten die direct samenhangen met het uitvoeren van de op deze lijst genoemde activiteiten en verrichtingen, vallen hier dus niet onder. Tevens vallen hier niet onder de coördinerende activiteiten die voor groepen patiënten of voor de gehele instelling worden uitgevoerd.

b. No show: het komt voor dat patiënten niet verschijnen op gemaakte afspraken zodat er 'loze

ruimte' ontstaat in de agenda van de behandelaar. Dit wordt ook wel aangeduid als 'No show'. No show is een gepland patiëntcontact met een behandelaar, waarop de patiënt niet verschijnt, terwijl de patiënt niet binnen een (werkdag) termijn van 24 uur voorafgaand aan de afspraak heeft afgezegd. Voor het registreren van No show gelden volgende regels:
– Op de activiteit No show mag geen (in)directe tijd geschreven worden.
– In geval van No show mag er reistijd als indirecte tijd worden geschreven.

c. Interne patiëntbespreking (MDO): onder een interne patiëntbespreking verstaan we de tijdsbesteding van een behandelaar aan het voeren van overleg met collega-behandelaren (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten
ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een activiteit of verrichting. Ten aanzien van de interne patiëntenbespreking, (het multidisciplinair overleg) geldt dat veelal sprake is van een groepsgewijze bespreking. Meerdere behandelaren bespreken meerdere patiënten tijdens een overleg. Alle behandelaren registreren de totale bestede tijd (totale duur van het MDO) op deze activiteit. Deze tijd wordt verdeeld over de dbbc's van alle tijdens het MDO besproken patiënten.
d. Extern overleg: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het voeren van overleg met derden (dus buiten de eigen instelling) over de hulpverlening of naar aanleiding daarvan (bijvoorbeeld: een consult dat plaatsvindt tussen een behandelaar en een leraar over een kind dat in behandeling is).
e. Verslaglegging algemeen: verslaglegging algemeen zoals correspondentie over of namens de patiënt of een ontslagbrief.
f. Activiteiten i.v.m. juridische procedures (IBS, Bopz): administratieve activiteiten, correspondentie, et cetera in verband met juridische of gerechtelijke procedures van een patiënt. Bijvoorbeeld voortgangsrapportages t.b.v. ITZ, rapportages t.b.v. reclassering, getuigendeskundigheidsverklaring (advies van rechtbank t.a.v. invrijheidsstelling en gevaar), tbs-zaken (verlofcommissie, rechtbank, verlengingsadvies). Deze activiteiten kunnen ook in combinatie met reistijd worden geregistreerd, als deze nog niet via een andere financieringsbron worden vergoed.
g. Regelen tolken: de tijdsbesteding van een behandelaar die is gemoeid met het regelen van een tolk voor een activiteit of verrichting die face-to-face wordt uitgevoerd.
h. Dossierstudie: betreft het studeren van de relevante dossiers van de patiënt. Op deze activiteit mag géén direct patiëntgebonden tijd geschreven worden.

7. **Verblijf**
Verblijf in een instelling wordt geregistreerd in verblijfsdagen. Een verblijfsdag kan alleen geregistreerd worden wanneer een patiënt de dag en de daaropvolgende nacht aanwezig is geweest in de instelling. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. Alleen als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft, mag voor die dag nog een verblijfsdag worden geregistreerd. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt en dus niet de daaropvolgende nacht in de kliniek verblijft, geldt niet als verblijfsdag. Voor verblijfsdagen worden 28 verblijfssoorten onderscheiden. Een verblijfssoort bestaat uit de verblijfsintensiteit in combinatie met het niveau aan beveiliging tijdens het verblijf.

Verblijfssoorten
De verblijfssoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van de intensiteit van het verblijf en het niveau van beveiliging. Een patiënt kan een lage verblijfsintensiteit hebben gecombineerd met een hoog beveiligingsniveau. Er zijn zeven categorieën verblijfsintensiteiten gedefinieerd: lichte verzorgingsgraad, beperkte verzorgingsgraad, matige verzorgingsgraad, gemiddelde verzorgingsgraad, intensieve verzorgingsgraad, extra intensieve verzorgingsgraad en zeer intensieve verzorgingsgraad.

Definitie beveiligingsniveaus
Met het beveiligingsniveau wordt aangegeven wat het niveau is van de beveiliging die is georganiseerd tijdens het verblijf van de betreffende patiënt, dan wel voor de afdeling waar de patiënt verblijft. Er zijn vier beveiligingsniveaus gedefinieerd.

– beveiligingsniveau 1
– beveiligingsniveau 2 (laag/hoog)
– beveiligingsniveau 3
– beveiligingsniveau 4

Op basis van het voor de patiënt benodigde beveiligingsniveau wordt een keuze gemaakt uit de niveaus zoals die in bijlage 8 beschreven staan.

8. **Dagbesteding**
Het doel van dagbesteding is: 'het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid van de patiënt.' Binnen de fz is van belang dat de dagbesteding:
– Altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling.

– Terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.
Dagbesteding wordt geregistreerd op basis van uren aanwezigheid.
Er zijn voor elk type dagbesteding twee activiteiten beschikbaar: één als het een laag beveiligingsniveau betreft, en één voor midden, hoog, zeer hoog beveiligingsniveau

9. **Verrichtingen**
Verrichtingen worden geregistreerd in aantallen. Zo is de eenheid bij ect per behandeling en bij methadon per maand waarin de stof methadon ambulant is verstrekt.
   1. Ect
   De materiële kosten en de inzet van behandelaren die niet voorkomen op de dbbc-beroepentabel (zoals de anesthesist) worden in kaart gebracht via de registratie van het aantal behandelingen ect.
   2. Methadon (ambulante verstrekking per maand)
   Wanneer methadon aan een patiënt wordt verstrekt, wordt dit per maand geregistreerd op de dbbc van de patiënt. Ambulante verstrekking in een maand wordt gezien als één verrichting. Dit is ongeacht de hoeveelheid en frequentie van de ambulante methadonverstrekking in die maand. Een dbbc met een verrichting methadon (ambulante verstrekking per maand) moet altijd de activiteit farmacotherapie te bevatten. dbbc's met de verrichting methadon (ambulante verstrekking per maand) zonder de activiteit farmacotherapie vallen uit in de validatie.
   3. Forensisch psychiatrisch toezicht (fpt)
   De verrichting fpt kan worden geregistreerd in de fasen proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. Het vergoedt de kosten voor de behandel- en begeleidingsactiviteiten in het kader van het fpt uitgevoerd door een fpc. De verrichting kan per dag dat een dbbc met het zorgtype 'fpt proefverlof' en 'fpt voorwaardelijke beëindiging' geopend is. Als er tijdens de fase proefverlof en fase voorwaardelijke beëindiging een time-out optreedt, dan mag er geen verrichting fpt meer geregistreerd worden.
   4. Sglvg+
   Voor beveiligingsniveau 2 geldt voor zorg, geleverd aan personen die een indicatie 'sglvgG+' hebben en verblijven in een setting die voldoet aan de omschrijving 'sglvg+', een hogere nhc toeslag. Voor de omschrijving 'sglvg+ zie bijlage 6. '

BIJLAGE 5: DBBC-BEROEPENTABEL

Hoofdbehandelaar en behandelaren

De hoofdbehandelaar is een zorgverlener die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij de patiënt de diagnose stelt en door wie of onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor alle acties die in het kader van de behandeling van een patiënt gedurende het gehele dbbc-traject plaatsvinden. Behandelaren die geen hoofdbehandelaar zijn (en dus geen patiënten typeren) registreren alleen activiteiten en verrichtingen. Een hoofdbehandelaar is vaak ook behandelaar en registreert dus ook activiteiten en verrichtingen.

De dbbc-beroepentabel

In de dbbc-beroepentabel zijn die beroepen opgenomen, die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de fz. De tabel sluit daarmee aan bij de in de Wet BIG geregistreerde beroepen. Hier zijn de beroepen aan toegevoegd die (nog) niet geregistreerd zijn in de Wet BIG, maar binnen de fz wel eenzelfde landelijk erkende status hebben.

De dbbc-beroepentabel onderscheidt zeven beroepenclusters: de clusters medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische, verpleegkundige beroepen en de ‘somatische beroepen werkzaam in de ggz’. Hierbinnen vallen die beroepen, die vanuit hun somatische beroep activiteiten in de ggz en fz uitvoeren, maar niet primair (breder) opgeleid zijn voor een rol in de ggz. Denk hierbij aan de huisarts, neuroloog, klinisch geriater, fysiotherapeut en dergelijke. De complete dbbc-beroepentabel is hieronder opgenomen.
In elk beroepencluster worden vier niveaus onderscheiden. In de Wet BIG wordt bepaald wanneer sprake is van een basisberoep en van een specialisme. Hieraan zijn met instemming van de minister van VWS en van de Tweede Kamer, het initiële niveau en het niveau specialisatie/functiedifferentiatie toegevoegd.

Bij de indeling van de in de instelling of praktijk werkzame behandelaren volgens de dbbc-beroepentabel moet onderscheid gemaakt worden tussen:
- *beroepen:* die beroepen die worden onderscheiden in de beroepenstructuur en daarmee (individueel) bevoegd/bekwaam zijn om een zelfstandige rol in het behandelproces van de patiënt in de tweedelijns ggz te vervullen.
- *taken:* taken zijn de activiteiten en verrichtingen die in het primaire proces door beroepen worden uitgevoerd. De uitgevoerde taken worden in het dbbc-model geregistreerd via de activiteiten- en verrichtingenlijst.
- *functies:* instellingen/praktijken maken via functies (en functieomschrijvingen) een vertaalslag van beroepen naar taken: welke beroepen voeren welke taken uit? Hierbij zijn de instellingen zelf verantwoordelijk dat dit plaatsvindt binnen de geldende wettelijke kaders (volgens de Wet BIG/tuchtrecht etc.).

In de dbbc-beroepentabel is de scheiding tussen beroepen en functies strikt doorgevoerd. De opgenomen lijst van beroepen op de dbbc-beroepentabel is uitputtend, met uitzondering van de genoemde beroepen in categorie 3 (specialisatie/functiedifferentiatie (SF)). Hierin is namelijk vooruitlopend op de erkenning van bepaalde functies tot beroep een aantal voorbeelden van functies genoemd, die een specifieke ggz-specialisatie vereisen én dus door partijen als beroep worden gezien. Een voorbeeld hiervan bij het verpleegkundige beroepencluster is bijvoorbeeld de SPV. De tabel is op dit punt niet uitputtend. De instelling of praktijk kan onder eigen verantwoordelijkheid vergelijkbare beroepen laten registreren onder de noemer ‘overig [naam betreffend beroepencluster] SF’.

Ervaringsdeskundige ggz en hbo pedagoog toegevoegd per 2017

Met ingang van 1 januari 2017 zijn de hbo-pedagoog en de ervaringsdeskundige ggz – na een positief advies hierover van het netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz – toegevoegd aan de dbbc-beroepentabel. Zij zijn opgenomen onder de agogische beroepen.

Geschreven tijd leidt nog niet af naar een dbbc.

Beide beroepen mogen tijd registreren in een dbc, onder voorwaarde dat er sprake is van een contact in het kader van het behandelplan, en van zelfstandig handelen naar eigen inzicht. Voor de ervaringsdeskundige zijn de beroepen op MBO- en HBO niveau apart toegevoegd. De door beide beroepen geregistreerde tijd, telt voor 2017 nog *niet* mee in de afleiding naar de dbbc.

Toelichting tijdschrijven ervaringsdeskundige

De ervaringsdeskundige ggz wordt door een aantal ggz aanbieders ingezet, bijvoorbeeld in FACT teams maar ook in behandelcentra en klinieken. Hij maakt deel uit van het multidisciplinair overleg (mdo), waarin o.a. herstelgerichte doelen worden geformuleerd. De ervaringsdeskundige heeft een rol in het behandelplan, geeft individuele begeleiding maar ook begeleiding in groepen. Hij handelt naar eigen inzicht, waarna evaluatie plaatsvindt in het mdo.

Opleiding/beroepscompetenties ervaringsdeskundige

Een door het netwerk genoemde randvoorwaarde voor het opnemen van de ervaringsdeskundige in de beroepentabel is, dat de opleiding geüniformeerd moet worden, en gedifferentieerd in opleidingsniveau (MBO-HBO) op basis van het beroepscompetentieprofiel[27] ervaringsdeskundigheid. Op dit moment is er nog geen sprake van deze uniformering en differentiatie. Er is wel een aantal opleidingsbouwstenen ontwikkeld aansluitend op het competentieprofiel. In samenwerking met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz wordt een curriculum ontwikkeld, dat eind 2016 moet leiden tot een (landelijk) HBO5 en MBO4 profiel. Dit curriculum is echter nog in ontwikkeling, en niet bruikbaar voor de regelgeving 2017.

De ervaringsdeskundige moet in ieder geval:
- voldoen aan het competentieprofiel ervaringsdeskundige;
- deelnemen aan het multidisciplinair overleg (mdo);
- in loondienst zijn. Het is een normale baan. Dit kan ook bij een andere zorgaanbieder zijn (dus inhuren);
- in dienst zijn in de functie van ervaringsdeskundige;
- in een later stadium: voldoen aan de opleidingseisen zoals geformuleerd in het curriculum HBO-MBO, zoals dat eind 2016 gereed is. MBO4 is daarbij de ondergrens.

Het is de taak van zorgaanbieders om de goede kwaliteit van de zorg van de ervaringsdeskundige naar de zorgverzekeraar toe te onderbouwen.

Ondersteunende beroepen

De ondersteunende beroepen in de ggz schrijven geen tijd. In de kostprijsberekening, die vooraf gaat aan de bepaling van de maximumtarieven, is rekening gehouden met deze ondersteunende beroepen. De kosten hiervan zijn verdisconteerd in de kostprijs/uur van de wél tijdschrijvende beroepen. Zie voor een (fictief) voorbeeld Figuur 13.

Instelling A (fictief voorbeeld)				
	Ondersteuner	Psychiater	Psycholoog	SPV
Kosten	450.000	**250.000**	**213.000**	**205.000**
Aantal tijd schrijvende behandelaren	10			
Toegerekende bedrag per FTE	45.000			
Aantal FTE per tijd schrijvend beroep		3	4	3
Toegerekende kosten ondersteuners per beroep		135.000	180.000	135.000
Indirecte kosten		300.000	400.000	300.000
Totale kosten		**685.000**	**783.000**	**640.000**

Figuur 13 Fictief voorbeeld verdiscontering kosten ondersteuners in kostprijs/uur van tijdschrijvende beroepen.

Uitleg hierover vindt u in de beleidsregel ‘kostprijsberekening curatieve ggz’ (op dit moment BR/CU-5078). Na de dbbc-beroepentabel vindt u de indeling van de ondersteunende beroepen conform het kostprijsmodel.

[27] Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid, GGZNederland, Trimbos instituut, Hee, Phrenos, 2013.

DBBC-BEROEPENTABEL

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
MB	**Medische Beroepen**	**Medische beroepen**
MB.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
MB.BG.basis	MB – Arts	Arts (waaronder Agio/Agnio)
MB.SF	*Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie/functiedifferentiatie*
MB.SF.vslarts	MB – Arts versl	Arts verslavingszorg
MB.SF.sger	MB – Soc. Geriater	Sociaal geriater
MB.SF.overig	MB – SF overig	Overig medisch SF
MB.SP	*Specialisme (SP)*	*Specialisme (SP)*
MB.Sp.Psych	MB – Psychiater	Psychiater
MB Sp. Oud	MB – Specialist Ouderengeneeskunde	Specialist Ouderengeneeskunde
MB.SP.kger	MB – Klinisch Geriater	Klinisch geriater
PT	**Psychotherapeutische beroepen**	**Psychotherapeutische beroepen**
PT.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
PT.BG.psth	PT – psychoth	Psychotherapeut
AG	**Agogische beroepen**	**Agogische beroepen**
AG.BI	*Basisberoep initieel (BI)*	*Basis beroep gezondheidszorg (BG)*
AG.BI.mwd	AG – MWD	Maatschappelijk werkende (MWD)[1]
AG.BI.sph	AG – SPH	Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH)
AG.BI.hped	AG – HBO pedagoog	HBO-pedagoog
AG.BI.ev.mbo	AG- ervaringsdeskundige ggz MBO4	Ervaringsdeskundige ggz MBO4
AG.BI.ev.hbo	AG- ervaringsdeskundige ggz HBO5	Ervaringsdeskundige ggz HBO5
AG.BG	*Basisberoep Gezondheidszorg (BG)*	*Basis beroep Gezondheidszorg (BG)*
AG.BG.agoog	AG – agoog	Ggz-agoog
AG.SF	*Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)*	*SF Specialisatie/functiedifferentiatie*
AG.SF.vrstgeh	AG – verst.gehand.	Ggz-agoog
AG.SF.kjpsych	AG .kj. psychiatrie	Agoog K&J psychiatrie
AG.SF.overig	PB – SF overig	Overig agogisch SF
PB	**Psychologische beroepen**	**Psychologische beroepen**
PB.BI	*Basisberoep initieel (BI)*	*Basisberoep initieel (BI)*
PB.BI.ped	PB – Pedagoog	Pedagoog (waaronder orthopedagoog)
OV.OR.gen	PB-Orthopedagoog-generalist	Orthopedagoog-generalist (NVO)
PB.BI.gzkd	PB – Gezondheidskundige	Ggz gezondheidskundige
PB.BI.psy	PB – Psycholoog	Psycholoog (geen verdere specialisatie)
OV.KJ.psych	PB- Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)	Kinder- en jeugdpsycholoog (NIP)
PB.BG	*Basisgroep Gezondheidzorg (BG)*	*Basisgroep Gezondheidzorg (BG)*
PB.BG.gzpsy	PB – Gz-psycholoog	Gz-psycholoog
PB.SF	*Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)*	*Specialisatie/functiedifferentiatie*
PB.SF.gedrth	PB – gedragsth	Gedragstherapeut
PB.SF.kjth	PB – kj.therap	K&J therapeut
PB.SF.overig	PB – SF overig	Overige psychologische SF
PB.SP	Specialisme (SP)	Specialisme (SP)
PB.SP.klinps	PB – klinpsych	Klinisch psycholoog
PB.SP.klinneuropsych	PB – klin.neuropsych	Klinisch neuropsycholoog
VK	**Vaktherapeutische beoepen**	**Vaktherapeutische beoepen**
VK.BI	Basisberoep initieel (BI)	Basisberoep initieel (BI)
VK.BI.pmt	VK – PMT	Vaktherapeut psychomotorisch (PMT)[2]
VK.BI.ct	VK – CT	Vaktherapeut creatief (CT)
VK.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basis beroep Gezondheidszorg (BG)
VK.BG.vakth	VK – Gz-vakth	Gz-vaktherapeut
VK.SF	Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie/functiedifferentiatie
VK.SF.vakth	VK – Ggz vakth	Ggz-vaktherapeut
VK.SF.overig	VK – SF overig	Overig vaktherapeutisch SF
VB	**Verpleegkundige beroepen**	**Verpleegkundige beroepen**
VB.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
VB.BG-vrplk	VB – verplk	Verpleegkundige (art.3)
VB.F	Specialisatie/functiedifferentiatie (SF)	Specialisatie/functiedifferentiatie
VB.SF.spv	VB – SPV	Sociaal Psych. Verpleegkundige (SPV)
VB.SF.cpv	VB – CPV	Consultatief Psych. Verpleegkundige (CPV)

Beroepcode	Korte functiebeschrijving	Uitgebreide functiebeschrijving
VB.SF.fvp	VB – FVP	Forensisch Psychiatrisch Verpleegkundige (FVP)
VB.SF.overig	VB – SF overig	Overig
VB.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie/functiedifferentiatie
VB.SP.vrplsp	VB – verplk.spec	Ggz verpleegkundig specialist
OV	**Somatische beroepen (Wet BIG)**	**Somatische beroepen**
OV.BG	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)	Basisberoep Gezondheidszorg (BG)
OV.BG.fysio	OV – Fysioth	Fysiotherapeut
OV.BG.ergo	OV – Ergoth	Ergotherapeut
OV.BG.diet	OV – Diëtist	Diëtist
OV.BG.logo	OV – Logopedist	Logopedist
OV.SP	Specialisme (SP)	Specialisatie/functiedifferentiatie
OV.SP.neur	OV – neuroloog	Neuroloog
OV.SP.harts	OV – huisarts	Huisarts
OV.SP.karts	OV – kinderarts	Kinderarts
OV.SP.artsmg	OV – Arts maatsch.gzh	Arts maatschappij en gezondheid

[1] Met ggz-differentiatie
[2] Met ggz-differentiatie

Ondersteunende beroepen[1]	
Assisterende ggz-functies	psychologisch assistent
	psychodiagnostisch werkende
	zorgassistent
	testassistent
Activiteitenbegeleiders	activiteitenbegeleider
	sport(bege)leider
	sport/speltherapeut
	groepsbegeleider
Gezinsbegeleiding	gezinstherapeut
	gezinshulpverlener
	gezinsbegeleider
	systeemtherapie
VOV/verpleegkundig personeel	verpleger[2]
	nurse practitioner
	ambulant werkende
	verzorger

Ondersteunende beroepen[1]	
Overige ondersteuners ggz	maatschappelijk werkende[3]
	psychomotorisch therapeut[26]
	preventiemedewerker
	medewerker rehabilitatie
	counselor
	casemanager
	trajectbegeleider
	ondersteuner spec. fz[4]
	ervaringsdeskundige

1 Indeling heeft een praktische insteek en verschuivingen in de toekomst zijn mogelijk.
2 Onder verpleger vallen ook verwante functies zoals; verplegende, helper, etc. (dit personeel wordt als VOV-personeel toegewezen als hoofdkostenplaats aan de kostendrager ‘verblijfsdagen’).
3 Onder deze groep vallen NIET de maatschappelijk werkende/psychotherapeuten met differentiatie ggz.
4 Onder deze categorie behoren ondersteuners die ingezet worden bij niet-strafrechtelijke zorg en niet bij een andere groep te plaatsen zijn.

BIJLAGE 6: OMSCHRIJVING SGLVG+

sglvg+	
Verblijfszorg	Deze deelprestatie verblijf is bedoeld voor personen die veroordeeld zijn onder het volwassen strafrecht (doorgaans 18 jaar en ouder) met een forensische zorgtitel, die in aanmerking komen voor plaatsing in een instelling met een toelating 'sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt met behandeling (sglvg+)'. Zij beschikken over een IQ tussen de 50 en 85, waarbij sprake is van een achterstand in sociaal-emotioneel functioneren en zelfredzaamheid. Het gedrag en psychisch functioneren van deze patiënten veroorzaken ernstige problemen op meerdere vlakken in het dagelijks leven. Zij laten onbegrepen en risicovol gedrag zien, dat veroorzaakt wordt door complexe meervoudige stoornissen. Er is sprake van een achterstand in sociaal-emotioneel functioneren. Voor het leveren van noodzakelijke zorg bestaat de noodzaak van opname; de hulpvraag van deze patiënten verandert hierbij continu van intensiteit en is onvoorspelbaar.
Verblijfsintensiteit	De verblijfsintensiteit is niet bepalend voor het al dan niet van toepassing zijn van deze deelprestatie.
Bedbezetting	De patiënten blijven doordeweeks en in het weekend in de woning (instelling) aanwezig.
Toezicht/beveiliging	Er is sprake van beveiligingsniveau 2. Dit is een gemiddeld beveiligingsniveau, waarbij patiënten worden geplaatst die, binnen een redelijke termijn, vrijheden kunnen krijgen. Het voor deze doelgroep in te zetten VOV-personeel beschikt over een op gedragsproblematiek toegesneden opleiding en training. De patiënten behoeven continue nabijheid, in sommige gevallen continu toezicht, van medewerkers.
Fysieke setting/kenmerken huisvesting	Patiënten verblijven in kleinschalige voorzieningen, die beschikken over een omvangrijk behandel- en zorgaanbod, inclusief dagbesteding. De beperkte groepsgrootte is een verhogende factor voor de totale omvang van de voorziening. Binnen de voorziening zijn specifieke bouwkundige en installatietechnische aanpassingen op het gebied van gedragsproblematiek aanwezig. Het gaat bij deze setting specifiek om een setting voor geestelijk gehandicapten (LVG). Het is nadrukkelijk geen psychiatrische setting.

BIJLAGE 7: DEELPRESTATIES VERBLIJF

Overzicht verschillende verblijfssoorten

	Beveiligingsniveau			
Verblijfsintensiteit	**(Zeer) laag (1)**	**Gemiddeld (2)[1]**	**Hoog (3)**	**Zeer hoog (4)**
Lichte verzorgingsgraad (A)	A1	A2	A3	A4
Beperkte verzorgingsgraad (B)	B1	B2	B3	B4
Matige verzorgingsgraad (C)	C1	C2	C3	C4
Gemiddelde verzorgingsgraad (D)	D1	D2	D3	D4
Intensieve verzorgingsgraad (E)	E1	E2	E3	E4
Extra intensieve verzorgingsgraad (F)	F1	F2	F3	F4
Zeer intensieve verzorgingsgraad (G)	G1	G2	G3	G4

[1] sglvg+': zie bijlage 6. Zie bijlage 8 voor de beveiligingsniveaus, waarbij er voor beveiligingsniveau 2 twee varianten bestaan: 2-hoog en 2-laag.

DEELPRESTATIE VERBLIJF A (LICHTE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*De psychiatrische stoornis is stabiel, er is kans op verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld wanneer de patiënt buiten de structuur van de afdeling verblijft. Er is sprake van ziektebesef en (enige mate van) ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn binnen de structuur van de afdeling voldoende. Er is sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling. Er bestaat geen risico op terugval op korte termijn wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft. Er bestaat geen kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag wanneer de patiënt in de structuur van de afdeling verblijft.*
Zelfredzaamheid	*Er is sprake van maatschappelijk relevante dagbesteding. ADL-vaardigheden zijn voldoende. Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft ondersteuning nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk. Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën.*
Delictrisico	*Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).*
Leefklimaat	*Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving/resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening.*
Begeleidingsbehoefte	*Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt 0,3 en minder netto fte[1] per bed/plaats ingezet.*

[1] Netto fte staat voor ingeroosterd zorgverlenend VOV-personeel.

DEELPRESTATIE VERBLIJF B (BEPERKTE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*De psychiatrische stoornis is stabiel, er is een lichte verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld. Er is sprake van ziektebesef en enige mate van ziekte-inzicht, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn in enige mate beperkt, patiënt behoeft hierbij ondersteuning. Er is sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling. Er bestaat een beperkte kans op terugval op korte termijn. Er bestaat lichte kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.*
Zelfredzaamheid	*Er is sprake van een maatschappelijk relevante dagbesteding. ADL-vaardigheden zijn voldoende. Er is een sociaal netwerk aanwezig, maar de patiënt heeft begeleiding nodig bij het onderhouden van het sociaal netwerk. Er is enige ondersteuning nodig bij de financiën.*
Delictrisico	*Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).*
Leefklimaat	*Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving/resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening.*
Begeleidingsbehoefte	*Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten. Er is behoefte aan begeleiding in korte, individuele contacten met begeleiders. 24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,3 netto fte tot en met 0,5 netto fte per bed/plaats ingezet.*

DEELPRESTATIE VERBLIJF C (MATIGE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*De psychiatrische stoornis is stabiel, er bestaat enige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld gekoppeld aan delictgedrag.* *Er is sprake van ziektebesef, het ziekte-inzicht is beperkt, de copingvaardigheden om hiermee om te gaan zijn beperkt, patiënt behoeft hierbij begeleiding.* *Er is sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling.* *Er bestaat enige kans op terugval op korte termijn.* *Er bestaat lichte kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.*
Zelfredzaamheid	*Er is sprake van dagbesteding die minder gericht is op maatschappelijke inbedding.* *ADL-vaardigheden zijn voldoende.* *Er is geen (adequaat) sociaal netwerk aanwezig, de patiënt heeft begeleiding nodig bij het opbouwen van het (adequate) sociaal netwerk.* *Er is behoefte aan begeleiding bij de financiën.*
Delictrisico	*Het actuele recidiverisico is laag tot matig en/of de maatschappelijke impact bij terugval is laag tot matig (denk hierbij bijv. aan diefstal).*
Leefklimaat	*Het leefklimaat is gericht op herstel en groei van de autonomie, er is sprake van rolherstel naar de samenleving/resocialisatie. Er is sprake van ondersteunende bejegening.*
Begeleidingsbehoefte	*Er is behoefte aan begeleiding bij groepsmomenten.* *Er is, meer dan in verblijfsintensiteit B, behoefte aan begeleiding in korte, individuele contacten met begeleiders.* *24-uurszorg is aanwezig, maar de patiënt doet hier niet voortdurend een beroep op.*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,5 netto fte tot en met 0,7 netto fte per bed/plaats ingezet.*

DEELPRESTATIE VERBLIJF D (GEMIDDELDE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*Er is een gemiddelde verstoring van het psychiatrisch ziektebeeld.* *Er is sprake van enige mate van ziektebesef, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig.* *Er is in enige mate sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling.* *Er bestaat risico op terugval op korte termijn.* *Er is in beperkte mate sprake van gedragsproblematiek, agressie en verstoord functioneren.* *Er bestaat kans op ontregelend en ontwrichtend gedrag.*
Zelfredzaamheid	*De zelfredzaamheid is wisselend en varieert tussen gemiddeld en gebrekkig.* *ADL vaardigheden behoeven ondersteuning.* *Er ontbreken enige vaardigheden op een aantal algemene levensgebieden.* *Patiënt kan zelf enige structuur aanbrengen.* *Er is behoefte aan begeleiding bij de financiën.*
Delictrisico	*Het actuele recidiverisico is matig tot hoog.*
Leefklimaat	*De focus van het leefklimaat is op ontwikkeling/motiveringen en daarnaast op ondersteuning (supportief) en structurerend.*
Begeleidingsbehoefte	*De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en eventuele opschaling is mogelijk als dat nodig is.*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt doorgaans meer dan 0,7 netto fte tot en met 1,0 netto fte per bed/plaats ingezet.*

DEELPRESTATIE VERBLIJF E (INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*Er is sprake van een intensieve verstoring ten gevolge van het psychiatrisch ziektebeeld* *Er is (nog) in mindere mate sprake van ziektebesef, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig.* *Er is in (nog) mindere mate sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling.* *Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of begeleiding behoeft.* *Er is in sprake van gedragsproblematiek, agressie en verstoord functioneren.* *Er bestaat risico op terugval op korte termijn.* *Er bestaat risico op ontregelend en ontwrichtend gedrag.*
Zelfredzaamheid	*De zelfredzaamheid (indien aangetast) is wisselend en varieert tussen gebrekkig en slecht.* *Er ontbreken vaardigheden op meerdere of basale levensgebieden.* *Patiënt kan zelf weinig tot geen structuur aanbrengen.* *Patiënt heeft zijn financiën niet langer in eigen beheer.*
Delictrisico	*Het actuele recidiverisico is matig tot hoog.*
Leefklimaat	*Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling.*
Begeleidingsbehoefte	*De begeleidingsbehoefte is permanent aanwezig, en opschaling is direct mogelijk.*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,0 netto fte tot en met 1,3 netto fte per bed/plaats ingezet.*

DEELPRESTATIE VERBLIJF F (EXTRA INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*De psychiatrische stoornis is acuut tot chronisch, ernstig en ontregelend, hetgeen het dagelijks leven grotendeels beïnvloedt. Ziektebesef is beperkt, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig. Er is in beperkte mate sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling. Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of veel begeleiding behoeft. Er is sprake van gedragsproblemen die ontwrichting of gevaar op agressie (naar zichzelf/anderen) veroorzaken, met een dagelijks risico hierop.*
Zelfredzaamheid	*De patiënt is op meerdere levensgebieden niet zelfredzaam. De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen. De patiënt kan geen verantwoordelijkheid meer nemen voor zijn ADL en financiën.*
Delictrisico	*Het delictrisico is hoog tot zeer hoog.*
Leefklimaat	*Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend.*
Begeleidingsbehoefte	*De begeleidingsbehoefte is permanent en intensief. Er zijn regelmatig vormen van individuele begeleiding noodzakelijk, activiteiten vinden plaats in kleine groepen. Begeleiding/behandeling is gericht op zowel stabilisatie en nadere analyse van de complexe problematiek.*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,3 netto fte tot en met 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.*

DEELPRESTATIE VERBLIJF G (ZEER INTENSIEVE VERZORGINGSGRAAD)	
Stoornis/psychopathologie	*De psychiatrische stoornis leidt tot acute, ernstige en ontregelende verstoring, hetgeen voortdurend problemen veroorzaakt in het dagelijks functioneren. Ziektebesef is zeer beperkt, ziekte-inzicht is (nog) niet aanwezig. Er is zeer beperkt tot geen sprake van behandelresponsiviteit/bereidheid tot behandeling. Er is of kan sprake zijn van ernstige problematiek die moeilijk veranderbaar is en/of veel begeleiding behoeft. Er is sprake van gedragsproblemen die ontwrichting of gevaar op agressie (naar zichzelf/anderen) veroorzaken, met een continu risico hierop.*
Zelfredzaamheid	*De patiënt is op geen enkel levensgebied zelfredzaam. De patiënt is niet in staat zelf structuur aan te brengen*
Delictrisico	*Het actuele recidiverisico is hoog tot zeer hoog.*
Leefklimaat	*Het leefklimaat is stabiliserend, supportief, structurerend met stabilisatie als primaire doelstelling.*
Begeleidingsbehoefte	*De begeleidingsbehoefte is permanent en intensief. Er is veelal sprake van één op één of meermans begeleiding, ook bij activiteiten. Begeleiding/behandeling is gericht op stabilisatie en nadere analyse van de complexe problematiek*
Inzet VOV-personeel	*Op deze setting wordt doorgaans meer dan 1,7 netto fte per bed/plaats ingezet.*

BIJLAGE 8: DBBC-BEVEILIGINGSNIVEAUS

Dbbc-beveiligingsniveau 1

Uitgangspunten:
- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 1 worden primair patiënten geplaatst die alle vrijheden kunnen hebben.
- Er is sprake van een besloten setting. De buitendeur is permanent afgesloten.
- Binnen het gebouw kunnen patiënten zich vrij bewegen

Materieel:
- Aanwezigheid van raamstandbeperking[28].
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost in het gebouw aanwezig.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een besloten setting.

Immaterieel:
- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt op vaste momenten (tenminste tweemaal per dag) gecontroleerd.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing/de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan of bij vermoedens van gebruik) en onaangekondigd plaats.

Dbbc-beveiligingsniveau 2

In de dbbc-systematiek is er sprake van 4 beveiligingsniveaus. In de praktijk worden 2 typen 'beveiligingsniveau 2' ingekocht: 2-laag en 2-hoog. De beschrijvingen hieronder zijn derhalve allebei gekoppeld aan beveiligingsniveau 2. Inkoper en zorgaanbieder moeten in onderling overleg bepalen welke voor hun van toepassing is.

Dbbc beveiligingsniveau 2-laag

Uitgangspunten:
- In een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-laag worden primair patiënten geplaatst die binnen een redelijke termijn (6 tot 12 weken) vrijheden kunnen krijgen (d.w.z. het al dan niet met begeleiding de beveiligde setting kunnen verlaten).
- Patiënten geplaatst in een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-laag starten altijd op de gesloten afdeling.

Materieel:
- Aanwezigheid van perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 3,5 meter en/of raamstandbeperking in combinatie met doorbraakwerende beglazing.[29]
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is een 24-uurspost.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een gesloten setting.

Immaterieel:
- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling.

---

[28] Raamstandbeperking: ramen in buitengevels van zit-/slaapkamers, welke zich niet binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden moeten worden uitgevoerd in P2A beglazing (zonder te openen raamdelen). Te openen raamdelen in buitengevels van zit-/slaapkamers die zich binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden moeten zijn voorzien van een uitzetbeperking (maximale opening 13 cm).

[29] Ter verduidelijking van de eisen aangaande perimeterbeveiliging en/of raamstandbeperking, het volgende:
* Perimeterbeveiliging: instellingen moeten zijn omgeven door een minimaal 3,5 meter hoge barrière die niet zonder meer te ondergraven, doordringen of te overklimmen is. Afhankelijk van de lokale situatie moet worden voorzien in een doorzichtbeperking.
* Raamstandbeperking: ramen in buitengevels van zit-/slaapkamers, welke zich niet binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden moeten worden uitgevoerd in P2A beglazing (zonder te openen raamdelen). Te openen raamdelen in buitengevels van zit-/slaapkamers die zich binnen de bovengenoemde beveiligingsbarrière bevinden moeten voorzien zijn van een uitzetbeperking (maximale opening 13 cm).

– Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing/de-escalerende gesprekstechnieken.
– Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
– Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan en/of bij vermoedens van gebruik), periodiek en onaangekondigd plaats.
– Doorplaatsing/het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven

Dbbc-beveiligingsniveau 2-hoog

Uitgangspunten:
– In een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-hoog worden primair patiënten geplaatst die binnen een redelijke termijn (6 tot 12 weken) vrijheden kunnen krijgen (d.w.z. het al dan niet met begeleiding de beveiligde setting kunnen verlaten).
– Patiënten geplaatst in een instelling vallend in beveiligingsniveau 2-hoog starten altijd op de gesloten afdeling.

Materieel:
– De instellingen vallend in beveiligingsniveau 2 voldoen aan de DJI-eisen gesteld bij de aanbesteding van FPA capaciteit ten behoeve van de fz aan gedetineerden voor wat betreft omtrekbeveiliging en entree.
  Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
  – Een beveiligde doorloopsluis;
  – gecontroleerde in- en uitgang voor personen en goederen;
  – perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 3,5 meter;
  – doorbraakwerende beglazing;
  – raamstandbeperking.
– Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
– Er is een 24-uurspost in het gebouw.
– Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
– Het volledige aanbod van behandel/therapie faciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen de beveiligde ring.

Immaterieel:
– Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling.
– Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing/de-escalerende gesprekstechnieken.
– Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
– Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan of bij vermoedens van gebruik) én onaangekondigd plaats.
– Doorplaatsing/het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven.

Dbbc-beveiligingsniveau 3

Uitgangspunten:
– In een instelling vallend in beveiligingsniveau 3 worden primair patiënten geplaatst die voor langere tijd binnen de beveiligde ring moeten verblijven.
– Er is sprake van een gesloten setting met geringe bewegingsvrijheid.

Materieel:
– De instellingen vallend in beveiligingsniveau 3 voldoen aan de DJI-eisen gesteld voor niveau 3 voor wat betreft omtrekbeveiliging en entree.
  Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
  – Beveiligde doorloopsluis;
  – gecontroleerde in- en uitgang voor personen en goederen;
  – perimeterbeveiliging (hekwerk) van minimaal 5,5 meter.
– Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
– Er is een 24-uurspost aanwezig.
– Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
– Volledig behandel- en therapieaanbod is beschikbaar binnen de beveiligde ring.
– Aanwezigheid van centrale post bij in- en uitgang van de beveiligde ring.

Immaterieel:
– Aan-/afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling en bij de centrale post.

- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing/de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan en/of bij vermoedens van gebruik), periodiek en onaangekondigd plaats.
- Doorplaatsing/het krijgen van (meer) vrijheden wordt gefaseerd vormgegeven

Dbbc- beveiligingsniveau beveiligingsniveau 4

Uitgangspunten:
- Op beveiligingsniveau 4 worden patiënten geplaatst die langdurig onder zeer hoge beveiliging moeten verblijven.
- Er is sprake van een gesloten setting met zeer geringe bewegingsvrijheid binnen het gebouw.

Materieel:
- De instellingen vallend in beveiligingsniveau 4 voldoen aan de DJI-eisen gesteld voor fpc's. Deze eisen hebben onder andere betrekking op de aanwezigheid van:
  - Een dubbele barrière;
  - een penitentiair hekwerk van 5 meter en een muur, beide voorzien van detectie en cameraobservatie;
  - gecontroleerde in- en uitgang van personen en goederen;
  - beglazing buitenwandopeningen;
  - raamstandbeperking.
- Medewerkers beschikken over persoonsgebonden PZI/MAI met locatiebepaling.
- Er is sprake van continu direct toezicht op de woonafdeling en/of cameratoezicht.
- Er is een 24-uurspost.
- Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten van de instelling is aanwezig binnen de dubbele beveiligingsring.

Immaterieel:
- Aan- en afwezigheid van patiënten wordt geregistreerd op de afdeling en bij de centrale post.
- Personeel wordt getraind en hertraind ten aanzien van agressiebeheersing/de-escalerende gesprekstechnieken.
- Medewerkers hebben vaardigheden/competenties t.a.v.: vroegsignalering, risicomanagement en motiverende gespreksvoering.
- Drugs- en kamercontroles vinden op indicatie (namelijk wanneer opgenomen in het behandelplan of bij vermoedens van gebruik) periodiek, onaangekondigd en steekproefsgewijs plaats.
- Er is sprake van een gefaseerde resocialisatie van de patiënt. Deze wordt intensief begeleid door medewerkers.